UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

AMANDA APARECIDA TEIXEIRA FERREIRA CALIXTO

Adesão ao Tratamento: Estudo entre Portadores de Hipertensão Arterial Internados em um Hospital Privado do Interior Paulista

RIBEIRÃO PRETO
2010

AMANDA APARECIDA TEIXEIRA FERREIRA CALIXTO

Adesão ao Tratamento: Estudo entre Portadores de Hipertensão Arterial Internados em um Hospital Privado do Interior Paulista

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa da Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: Processo de cuidar do adulto com doenças agudas e crônico-degenerativas.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Suely Nogueira

RIBEIRÃO PRETO
2010

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Calixto, Amanda Aparecida Teixeira Ferreira
Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial internados em um hospital privado do interior paulista. Ribeirão Preto, 2010.
109 f.: il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Processo de cuidar do adulto com doenças agudas e crônico-degenerativas.
Orientadora: Nogueira, Maria Suely.

1. Hipertensão. 2. Adesão à medicação. 3. Pressão arterial.

FOLHA DE APROVAÇÃO

CALIXTO, Amanda Aparecida Teixeira Ferreira

Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial internados em um hospital privado do interior paulista

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof(a). Dr(a). _____Instituição: _____
Julgamento_____Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____Instituição: _____
Julgamento_____Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____Instituição: _____
Julgamento_____Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, ***José Carlos e Marisa****, as minhas irmãs,* ***Ana Paula, Adriana e Ariane*** *e a meu esposo* ***Cristiano*** *pelo apoio, dedicação, companheirismo, torcida, incentivo e amor que me fizeram seguir em frente durante toda a minha vida.*

AGRADECIMENTO ESPECIAL

*À **Profa. Dra. Maria Suely Nogueira**, pela orientação, competência, oportunidades oferecidas, confiança e cumplicidade durante todo o trabalho. A você, meu carinho, respeito e admiração.*

AGRADECIMENTOS

*A **Deus**, pelo dom da vida, por iluminar meu caminho e pelas oportunidades e conquistas concedidas.*

*À minha **mãe,** pelo companheirismo e apoio incondicional. A você, meu amor e admiração.*

*Às minhas **irmãs** e meu **pai,** pela torcida e confiança.*

*Ao meu esposo **Cristiano**, que me apoiou e incentivou incondicionalmente, sabendo compreender com grande generosidade minhas ausências, angústias, ansiedades e expectativas durante todo esse período. A você, meu amor eterno.*

*Aos meus **sogros, cunhadas e cunhados** pela torcida.*

*À **Dra Miyeko Hayashida** pelas sugestões e análise dos dados, aprimorando este trabalho.*

*Ao **Prof. Dr. Evandro Cesarino** e à **Profa. Dra. Leila Maria Marchi Alves** pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação.*

*À Gerente Executiva de Enfermagem, **Thais Marcondes Machado**, ao **Dr. Pedro Augusto Penteado Conforti**, Presidente da Comissão de Ética e ao **Dr. Ronaldo de Aguiar Souza Zulian**, diretor clínico do hospital onde foi realizado o estudo pela confiança e colaboração para a realização do mesmo.*

*À **equipe de enfermagem do pronto-socorro** do hospital onde foi realizado o estudo, em especial às coordenadoras de enfermagem Maria Cristina Oliveira e Patrícia Umebara Pelegrine, pela colaboração, torcida e confiança.*

*À **equipe de enfermagem das unidades de internação e UTI cardiológica** do hospital onde foi realizado o estudo, em especial às coordenadoras Sidna da Silva Torres e Silvia Maria Moraes Bueno, pela colaboração na realização do mesmo.*

*Aos **amigos** do Hospital Beneficência Portuguesa de Araraquara e do Pronto-Socorro Municipal de Araraquara que participaram comigo deste momento, pela torcida.*

*Aos **portadores de hipertensão arterial** que aceitaram participar do estudo pela valiosa contribuição na realização do mesmo.*

RESUMO

CALIXTO, A. A. T. F. **Adesão ao tratamento**: **estudo entre portadores de hipertensão arterial internados em um hospital privado do interior paulista**, 2010. 109 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

Trata-se de um estudo descritivo transversal de abordagem quantitativa, realizado com 48 portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS), internados em alas de internação e UTI cardiológica de um hospital privado do interior paulista, realizado no período de julho a setembro de 2009, tendo por objetivo avaliar os fatores que interferem na adesão à terapêutica. Para coleta de dados, foram utilizados três instrumentos: um relacionado aos dados sociodemográficos, clínicos e relacionados à terapêutica medicamentosa; o Teste de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) para avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso e o Instrumento de Avaliação da Atitude Frente à Tomada de Remédio (IAAFTR). Os testes estatísticos foram realizados por meio do software Statistica 8.0 e MedCalc 10.2, e os dados foram considerados significativos quando o nível de significância foi $p<0,05$ e IC 95%. Os sujeitos possuíam idade entre 19 e 90 anos, com mediana de 70,5 anos, 79,2% eram do sexo masculino, 70,8%, casados, 64,6%, aposentados, 35,4% possuíam ensino médio completo, seguidos por 25% com ensino superior completo, a renda familiar variou de R$900,00 a R$30.000,00, com mediana de R$4.000,00, o número de indivíduos que utilizam a renda familiar variou de 1 a 6, 29,2% eram obesos, 93,8% apresentaram relação cintura-quadril (RCQ) alterada, 35,4% apresentaram valores de pressão arterial (PA) acima de 140X90mmHg, 35,4% faziam uso de diurético, 27,1%, de betabloqueador, 25%, de bloqueador de canais de cálcio, 29,2%, de inibidor da enzima conversora de angiotensina (ECA), 35,4%, de bloqueador do receptor da angiotensina 1 (AT1) e 66,7% utilizam apenas um medicamento para controle da PA. O tempo de diagnóstico da HAS variou de 1 a 40 anos, com mediana de 10 anos. As principais comorbidades encontradas foram: cardiopatias (52,1%), dislipidemia (45,8%) e diabetes mellitus (35,4%). Quando avaliados pelo MAT, 44 (91,7%) apresentaram adesão ao tratamento; pelo IAAFTR 34 (70,8%) mostraram atitude positiva frente à tomada de remédio. Entre aqueles que apresentaram adesão pelo MAT, 33 (75%) também apresentaram atitude positiva frente à tomada de remédio. Não houve diferença estatisticamente significante para idade, sexo, estado civil, ocupação, escolaridade, IMC, RCQ e complicações clínicas, quando aplicados o MAT e o IAAFTR. A prevalência de adesão foi maior entre os indivíduos que acreditavam que sua PA estava controlada ($p=0,041$), os que não necessitaram de mudanças em sua rotina de vida após o diagnóstico da HAS ($p=0,007$) e os que nunca recusaram um medicamento prescrito para controle da PA ($p<0,001$). Diante desse contexto, permanece o desafio quanto à necessidade dos profissionais de saúde buscarem a diminuição das barreiras que interferem na adesão ao tratamento da HAS, favorecendo-a e mostrando seus benefícios, adotando assim uma visão holística do portador de HAS.

Palavras-chave: Hipertensão. Adesão à medicação. Pressão arterial.

ABSTRACT

CALIXTO, A.A.T.F. **Adherence to treatment: study among patients with high blood pressure hospitalized in a private hospital in the interior of the state of Sao Paulo**, 2010. 109 p. Master Thesis – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2010.

This descriptive, quantitative and cross-sectional study was carried out with 48 patients with systemic high blood pressure (SHBP), hospitalized in a cardiologic ICU (Intensive Care Unit) of a private hospital in the interior of the state of São Paulo, between July and September 2009 and aimed to assess the factors that interfere in the adherence to treatment. Three instruments were used for data collection: one related to socioeconomic and clinical data and data related to medication therapy; the Test of Treatment Adherence Measure (TAM) to evaluate the adherence to medication treatment and the Instrument of Evaluation of Attitude regarding Medication Intake (IAAFTR). Statistical tests were carried out using the software Statistica 8.0 and MedCalc 10.2, and data were considered significant for a level of significance $p<0.05$ and Confidence Interval (CI) 95%. Subjects were aged 19 to 90 years, with median of age of 70.5 years, 79.2% were male, 70.8% married, 64.6% retired, 35.4% had completed high school, followed by 25% with complete higher education, family monthly income varied from R$900.00 (Brazilian reais) to R$30,000.00 (Brazilian reais), with median of R$4,000.00 (Brazilian reais), the number of individuals living with this income varied from 1 to 6, 29.2% were obese, 93.8% presented altered waist-hip ratio (WHR), 35.4% presented values of arterial pressure (AP) above 140X90mmHg, 35.4% used diuretic agents, 27.1% beta-Blockers, 25% blocker of calcium channels, 29.2% Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors (ACE), 35.4% Angiotensin Type 1 Receptor Blockers (AT1) and 66.7% used only one medication for blood pressure control. The time of diagnosis of SHBP varied from 1 to 40 years, with median of 10 years. The main comorbidities were heart diseases (52.1%), dyslipidemias (45.8%) and diabetes mellitus (35.4%). When assessed by TAM, 44 (91.7%) presented adherence to treatment; by IAAFTR 34 (70.8%) showed positive attitude regarding medication intake. Among the ones who presented adherence by TAM, 33 (75%) also presented positive attitude regarding medication intake. There was no statistically significant difference for age, gender, marital status, occupation, schooling, BMI, WHR and clinical complications, for administration of TAM and IAAFTR. The prevalence of adherence was higher among individuals who believed their BP was controlled ($p=0.041$), the ones who did not need changes in their daily life after the diagnosis of SHBP ($p=0.007$) and the ones who never refused a prescribed medication for BP control ($p<0.001$). In this context, remains the challenge of health professionals to decrease the barriers that interfere in the adherence to SHBP treatment, favoring adherence, showing its benefits and thus adopting a holistic view of patients with SHBP.

Keywords: Hypertension. Medication Adherence. Blood pressure.

RESUMEN

CALIXTO, A.A.T.F. **Adhesión al tratamiento: estudio entre portadores de hipertensión arterial internados en un hospital privado del interior del estado de São Paulo**, 2010. 109 h. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

Este estudio descriptivo, transversal y cuantitativo, realizado con 48 portadores de hipertensión arterial sistémica (HAS), hospitalizados en UTI (Unidad de Terapia Intensiva) cardiológica de un hospital privado del interior del estado de São Paulo, realizado entre julio y septiembre de 2009, buscó evaluar los factores que interfieren en la adhesión a la terapéutica. Tres instrumentos fueron utilizados para la recolecta de datos: uno relacionado a los datos sociodemográficos, clínicos y relacionados a la terapéutica medicamentosa; el Test de Medida de Adhesión al Tratamiento (MAT) para evaluar la adhesión al tratamiento medicamentoso y el Instrumento de Evaluación de la Actitud Frente a la Toma de Medicación (IAAFTR). Los tests estadísticos fueron realizados por medio del software Statistica 8.0 y el MedCalc 10.2, y los datos fueron considerados significativos para un nivel de significancia de $p<0,05$ e Intervalo de Confianza (IC) del 95%. Los sujetos tenían edad entre 19 y 90 años, con mediana de 70,5 años, el 79,2% eran del sexo masculino, el 70,8% casados, el 64,6% retirados, el 35,4% tenían enseñanza secundaria completa, seguidos por el 25% con enseñanza superior completa, la renta familiar varió de R$900,00 (reais Brasileños) a R$30.000,00 (reais Brasileños), con mediana de R$4.000,00 (reais Brasileños), el número de individuos que viven con esta renta familiar varió del 1 a 6, el 29,2% eran obesos, el 93,8% presentaron relación cintura-cadera (RCC) alterada, el 35,4% presentaban valores de presión arterial (PA) arriba del 140X90mmHg, el 35,4% hacía uso de diurético, el 27,1%, de betabloqueador, el 25%, de bloqueador de los canales de calcio, el 29,2% de inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (ECA), el 35,4% de bloqueadores del receptor tipo 1 de angiotensina (AT1) y el 66,7% utilizan sólo una medicación para control de la PA. El tiempo de diagnóstico de la HAS varió de 1 a 40 años, con mediana de 10 años. Las principales comorbilidades encontradas fueron: cardiopatías (52,1%), dislipidemia (45,8%) y diabetes mellitus (35,4%). Cuando evaluados por el MAT, 44 (91,7%) presentaron adhesión al tratamiento; por el IAAFTR 34 (70,8%) mostraron actitud positiva frente a la toma de medicación. Entre aquellos que presentaron adhesión por el MAT, 33 (75%) también presentaron actitud positiva frente a la toma de medicación. No hubo diferencia estadísticamente significante para edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, IMC, RCC y complicaciones clínicas, cuando aplicados el MAT y el IAAFTR. La prevalencia de adhesión fue mayor entre los individuos que acreditaban que su PA estaba controlada ($p=0,041$), los que no necesitaron de cambios en su rutina de vida después del diagnóstico de la HAS ($p=0,007$) y los que nunca recusaron una medicación prescrita para control de la PA ($p<0,001$). Así, permanece el desafío cuanto a la necesidad de los profesionales de salud de buscar la disminución de las barreras que interfieren en la adhesión al tratamiento de la HAS, favoreciéndole y mostrando sus beneficios, adoptando así una visión holística del portador de HAS.

Palabras clave: Hipertensión. Cumplimiento de la Medicación. Presión Sanguínea.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos portadores de hipertensão arterial, segundo as variáveis sociodemográficas. Campinas, São Paulo, 2009	35
Tabela 2	Distribuição dos portadores de hipertensão arterial, segundo complicações crônicas e comorbidades referidas. Campinas, São Paulo, 2009	36
Tabela 3	Distribuição dos portadores de hipertensão arterial, segundo o Índice de Massa Corporal (IMC). Campinas, São Paulo, 2009	37
Tabela 4	Distribuição dos portadores de hipertensão arterial, segundo a Relação Cintura/Quadril (RCQ). Campinas, São Paulo, 2009	37
Tabela 5	Distribuição dos portadores de HAS internados em um hospital privado, segundo os medicamentos utilizados para controle da PA. Campinas, São Paulo, 2009	38
Tabela 6	Distribuição dos portadores de HAS internados em um hospital privado, segundo o número de medicamentos utilizados para controle da PA. Campinas, São Paulo, 2009	38
Tabela 7	Distribuição da adesão e da atitude frente à tomada de remédio dos portadores de hipertensão arterial. Campinas, São Paulo, 2009.	39
Tabela 8	Distribuição dos portadores de hipertensão arterial, segundo o tempo despendido para chegar ao consultório médico. Campinas, São Paulo, 2009	40
Tabela 9	Distribuição dos portadores de hipertensão arterial, segundo informações recebidas para o seguimento do tratamento medicamentoso e sua participação na escolha do tratamento prescrito. Campinas, São Paulo, 2009	42
Tabela 10	Distribuição dos portadores de hipertensão arterial, segundo o tempo de diagnóstico da HAS. Campinas, São Paulo, 2009	44
Tabela 11	Distribuição dos portadores de hipertensão arterial, segundo o valor da Pressão Arterial (PA). Campinas, São Paulo, 2009	44
Tabela 12	Prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso da HAS e atitude frente à tomada de remédio, segundo as variáveis sociodemográficas. Campinas, São Paulo, 2009	47

Tabela 13 Prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso da HAS e atitude frente à tomada de remédio, segundo as variáveis clínicas. Campinas, São Paulo, 2009 51

Tabela 14 Prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso da HAS, segundo as variáveis clínicas. Campinas, São Paulo, 2009 52

Tabela 15 Prevalência de atitude positiva e atitude negativa, segundo as variáveis clínicas. Campinas, São Paulo, 2009 52

Tabela 16 Prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso da HAS, segundo as variáveis clínicas. Campinas, São Paulo, 2009 53

Tabela 17 Prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso da HAS e atitude frente à tomada de remédio, segundo as complicações clínicas e outros problemas de saúde. Campinas, São Paulo, 2009 54

Tabela 18 Prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso da HAS e atitude frente à tomada de remédio, segundo os medicamentos mais utilizados para o controle da PA. Campinas, São Paulo, 2009 56

Tabela 19 Prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso da HAS e atitude frente à tomada de remédio, segundo as variáveis relacionadas à terapia medicamentosa. Campinas, São Paulo, 2009 59

LISTA DE ABREVIATURAS

AVE	Acidente Vascular Encefálico
CC	Circunferência da Cintura
CQ	Circunferência do Quadril
DCVs	Doenças Cardiovasculares
DM	Diabetes Mellitus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HASI	Hipertensão Arterial Sistólica Isolada
IAAFTR	Instrumento para Avaliar Atitude Frente à Tomada de Remédios
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IMC	Índice de Massa Corporal
IC	Intervalo de Confiança
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
IRC	Insuficiência Renal Crônica
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
RCQ	Relação Cintura Quadril
WHO	*World Health Organization*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO..... 17
1.1 Hipertensão arterial sistêmica: conceitos e magnitude..... 18
1.2 Adesão ao tratamento e seus fatores relacionados..... 20

2. OBJETIVOS..... 25
2.1 Geral..... 26
2.2 Específicos..... 26

3. METODOLOGIA..... 27
3.1 Tipo de estudo..... 28
3.2 Local do estudo..... 28
3.3 Período do estudo..... 28
3.4 Casuística..... 28
3.4.1 Critérios de exclusão..... 28
3.5 Instrumentos de coleta de dados..... 29
3.6 Coleta de dados..... 31
3.7 Organização e analise dos dados 31
3.8 Aspectos éticos..... 32

4. RESULTADOS..... 34
4.1 Caracterização dos portadores de hipertensão arterial estudados, segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas..... 35
4.2 A terapêutica medicamentosa utilizada pelos portadores de hipertensão arterial estudados..... 37
4.3 A adesão do portador de hipertensão arterial à terapêutica medicamentosa para o controle da PA 39
4.4 Análise das facilidades e/ou dificuldades enfrentadas pelos portadores de hipertensão arterial na utilização dos medicamentos prescritos para o controle da PA..... 40
4.4.1 Fatores relacionados à acessibilidade aos medicamentos para o controle da PA..... 40
4.4.2 Fatores relacionados ao paciente para a adesão ao tratamento medicamentoso..... 41
4.4.3 Fatores relacionados à interação profissional-paciente para a adesão ao tratamento medicamentoso..... 41
4.4.4 Fatores relacionados ao esquema terapêutico para a adesão ao tratamento medicamentoso 43
4.4.5 Fatores relacionados à doença para a adesão ao tratamento..... 43
4.5. Associação entre adesão e algumas facilidades e/ou dificuldades enfrentadas pelos portadores de hipertensão arterial na utilização dos medicamentos prescritos para o controle da HAS..... 45

5. DISCUSSÃO..... 60
5.1. Caracterização das variáveis sociodemográficas, clínicas e relacionadas à terapêutica medicamentosa da população do estudo..... 61
5.2 Adesão do portador de HAS à terapêutica medicamentosa para o controle da HAS..... 65
5.3 Facilitadores e/ou dificultadores enfrentados pelos portadores de HAS para a adesão à terapêutica medicamentosa para o controle da HAS..... 67
5.3.1 Fatores relacionados à acessibilidade aos medicamentos para o controle da HAS..... 67
5.3.2 Fatores relacionados ao paciente para a adesão ao tratamento medicamentoso..... 69
5.3.3 Fatores relacionados à interação profissional-portador de HAS para a adesão ao tratamento medicamentoso..... 71
5.3.4 Fatores relacionados ao esquema terapêutico para a adesão ao tratamento medicamentoso..... 74
5.3.5 Fatores relacionados à doença para a adesão ao tratamento..... 76

6. CONCLUSÕES..... 79
6.1 Caracterização dos portadores de hipertensão arterial estudados, segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas..... 80
6.2. A terapêutica medicamentosa utilizada pelos portadores de hipertensão arterial estudados..... 80
6.3. A adesão do portador de hipertensão arterial estudado à terapêutica medicamentosa para o controle da PA..... 81
6.4. Facilidades e/ou dificuldades enfrentadas pelos portadores de hipertensão arterial na utilização dos medicamentos prescritos para o controle da PA..... 81
6.4.1. Fatores relacionados à acessibilidade aos medicamentos para o controle da PA..... 81
6.4.2. Fatores relacionados ao paciente para a adesão ao tratamento medicamentoso..... 81
6.4.3. Fatores relacionados à interação profissional-paciente para a adesão ao tratamento medicamentoso..... 82
6.4.4 Fatores relacionados ao esquema terapêutico para a adesão ao tratamento medicamentoso..... 82
6.4.5. Fatores relacionados à doença para a adesão ao tratamento medicamentoso..... 83

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 84

REFERÊNCIAS 87

APÊNDICES..... 98

ANEXOS..... 106

1. INTRODUÇÃO*

* Esta dissertação foi revisada seguindo a Ortografia da Língua Portuguesa (1990), em vigor a partir de 1º de janeiro de 2009, no Brasil.

1.1 Hipertensão arterial sistêmica: conceitos e magnitude

As atuais condições de vida, trabalho, modificações econômicas e políticas, assim como a expectativa de vida aumentada, têm gerado uma elevação significativa de doenças crônico-degenerativas, especialmente as Doenças do Aparelho Circulatório (DAC), dentre elas a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (COLOMBO; AGUIAR, 1997; LESSA, 1994).

A HAS é descrita por vários autores como uma doença crônica, multifatorial, de detecção quase sempre tardia, devido ao seu curso assintomático e prolongado, que apresenta elevada prevalência, sendo considerada como o principal fator de risco de morbimortalidade cardiovascular (REIS; GLASHAN, 2001; SOUSA, 1999).

Segundo o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (1998), "estima-se que 15% a 20% da população brasileira podem ser rotulada como hipertensa". Na América Latina, há mais de 30 milhões de hipertensos, com pequenas variações entre os países (REIS; GLASHAN, 2001). No Brasil, em 2003, 27,4% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares, atingindo 37% quando são excluídos os óbitos por causas mal definidas e a violência. Entre os fatores de risco para mortalidade, a HAS explica 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% daquelas por doença coronariana (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2006).

Frequentemente, a HAS resulta em graves complicações como insuficiência cardíaca congestiva (ICC), renal crônica (IRC) e acidente vascular cerebral (AVC), podendo, portanto, evoluir para danos severos, com hospitalização de pacientes. Devido a sua cronicidade, causa agravos sociais por absenteísmo ao trabalho, elevados custos com internações de longa permanência, incapacitação por invalidez, aposentadoria precoce e outros (SANTOS, 1998).

Além disso, constitui-se num desafio para a equipe de saúde em propor uma terapêutica eficaz em longo prazo, porque requer a participação e cooperação do portador, o qual convive com a cronicidade e tem dificuldade em alterar seu estilo de vida (CAR et al., 1998).

As V Diretrizes Brasileiras de HAS definem como portador de hipertensão arterial o indivíduo que apresenta níveis de pressão arterial sistólica (PAS) igual ou

maior que 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) igual ou maior que 90 mmHg em medidas de consultório, em se tratando de adultos com idade maior ou igual a 18 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2009).

A HAS primária ou essencial, de origem desconhecida, representa em torno de 90% dos casos de HAS. A HAS secundária, relacionada a um processo patológico, representa 5% a 10% dos casos (REIS; GLASHAN, 2001).

Segundo o Ministério da Saúde, fatores de risco constitucionais (idade, sexo, fatores genéticos como raça, história familiar e obesidade) e fatores ambientais (ingestão de sal, álcool, drogas, gorduras, tabagismo, estresse e sedentarismo) contribuem para o desenvolvimento da doença. A HAS por si mesma já constitui um importante fator de risco, principalmente para Doenças Cerebrovasculares (DCR) e Cardiovasculares (DCV), como, por exemplo, o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e o AVC (REIS; GLASHAN, 2001).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) propõe três estratégias para o tratamento da HAS: educação, modificação do estilo de vida e, se necessário, medicamentos. Desta forma, relaciona-se à constatação frequente entre hipertensos de um estilo de vida que propicia desenvolvimento e/ou manutenção de fatores que comprovadamente contribuem para a ocorrência de complicações (REIS; GLASHAN, 2001).

A terapêutica, incluindo as modificações no estilo de vida relacionadas ao ambiente, hábitos pessoais e organização da atenção à saúde, além de proporcionar alívio dos sintomas, traduz-se em melhoria da qualidade de vida do hipertenso (REIS; GLASHAN, 2001).

O tratamento da HAS consiste tanto no uso de medidas medicamentosas, por meio de anti-hipertensivos, quanto não medicamentosas e mesmo o problema sendo de fácil controle, há grande dificuldade no diagnóstico e tratamento precoce, principalmente devido à falta de adesão do paciente ao tratamento. O descaso por parte do hipertenso deve-se principalmente à ausência de sintomas. Esta falta de percepção pode levar a consequências drásticas, uma vez consideradas as complicações que se desenvolvem no organismo sem que o indivíduo perceba, razão pela qual a doença recebeu a alcunha de “assassina silenciosa” (MONTEIRO et al., 2005).

Para ser eficaz, o tratamento da HAS deve ser contínuo e às vezes por toda a vida do paciente. Infelizmente, a falta de sintomas da HAS, juntamente com a

baixa tolerabilidade de alguns medicamentos anti-hipertensivos são algumas das razões mais comuns para a descontinuidade do tratamento ou o não seguimento das doses e periodicidade necessárias pelo paciente. A não adesão, por sua vez, leva ao aumento do uso de recursos de saúde. Assim, a não adesão tem sido conhecida como um grave problema com consequências econômicas significativas (BRAMLAGE; HASFORD, 2009).

1.2 Adesão ao tratamento e seus fatores relacionados

A adesão ao tratamento é definida e caracterizada quando o conselho médico ou de saúde coincide com o comportamento do indivíduo, em relação ao hábito de usar medicamentos, isso é, seguir as mudanças no estilo de vida preconizadas e comparecer às consultas médicas. Essa definição expressa o sentido de *compliance*, em língua inglesa, o que implica concordância do paciente com as recomendações, pressupondo-se que o paciente conheça as alternativas terapêuticas e participe das decisões sobre seu tratamento (DOSSE et al., 2009). Segundo vários autores, a utilização dos medicamentos em pelo menos 80% da sua totalidade, incluindo os horários de tomada, conhecimento de dosagem e a duração do tratamento, é uma forma geral de definir adesão (LEITE; VASCONCELLOS, 2003; WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2003).

No mundo, mesmo com a disponibilidade de tratamentos efetivos para a HAS, mais da metade dos pacientes tratados abandona o tratamento dentro de um ano após o diagnóstico e, dentre aqueles que permanecem sob acompanhamento médico, somente 50% tomam pelo menos 80% das medicações prescritas. No Brasil, estudos isolados sobre adesão ao tratamento mostram que o controle da HAS permanece em torno de 20 a 40%, e a taxa de abandono é crescente, algum tempo após o início da terapêutica (REINERS; NOGUEIRA, 2009).

Existem vários fatores que podem interferir na adesão ao tratamento, tais como: a forma de como é vista a doença e o tratamento pelo paciente, a influência social, a escolaridade, a percepção da gravidade da doença, o relacionamento dos profissionais de saúde com o paciente, as atitudes do prescritor relacionadas à linguagem acessível, duração da consulta, acolhimento, respeito quanto aos

questionamentos dos pacientes, motivação para o cumprimento da terapia, como também custo e reações adversas dos medicamentos (LEITE; VASCONCELLOS, 2003; OIGMAN, 2006).

A estimativa é de que a má adesão à terapêutica contribua para o não controle da PA em mais de dois terços dos indivíduos hipertensos (WHO, 2003).

Entre os hipertensos que iniciam o tratamento, de 16 a 50% desistem da medicação anti-hipertensiva durante o primeiro ano de uso, mostrando ser a não adesão à HAS um fator relevante para a saúde pública. O impacto desses dados explica a alta prioridade dos profissionais de saúde em desenvolver estratégias que reforçam o hipertenso continuar seguindo uma determinada terapêutica adotada, seja ela farmacológica ou não farmacológica (SARAIVA et al., 2007).

Ainda não há consenso acerca do padrão que constitui uma taxa de adesão adequada. Alguns ensaios consideram taxas acima de 80% como aceitáveis, apesar de outros considerarem que taxas acima de 95% sejam ideais para a adesão adequada, particularmente em pacientes portadores de HIV (WHO, 2003).

A adesão é o principal determinante para a efetividade do tratamento, pois a baixa adesão pode causar atenuação dos benefícios clínicos. Esta é identificada como a maior causa do controle inadequado da PA (WHO, 2003).

Estudo retrospectivo que objetivou caracterizar o perfil biossocial, identificar os hábitos de vida e analisar os índices pressóricos de todos os pacientes cadastrados no Programa de HAS de um Centro de Saúde Escola concluiu que apesar de a maioria da população frequentar regularmente os grupos de hipertensão e relatar hábitos necessários para o controle da PA, foram altos os percentuais de pessoas com aumento de PA e peso ao longo do tempo (MONTEIRO et al., 2005).

Adesão ao tratamento é o fator mais importante para o controle efetivo da PA. É difícil detectar a falta de adesão e ainda mais difícil quantificá-la. Ela pode variar de 0 a mais de 100% em pacientes que usam mais do que uma medicação. Cerca de 40% a 60% dos pacientes em tratamento não fazem uso da medicação anti-hipertensiva. A porcentagem é maior quando a falta de adesão está relacionada a estilo de vida como dieta, atividade física, tabagismo, etilismo, etc. Existe escassez de dados de índices de adesão no Brasil e no mundo, os que existem foram obtidos em diferentes tipos de população e com critérios variados. Estudos no Japão, Noruega, Estados Unidos, Alemanha, Gâmbia, Seychelles, Grécia e Eslováquia

apresentaram respectivos índices de adesão à medicação de 65%, 58%, 51%, 43%, 32,3%, 27%, 26% e 15%, mas a meta seria de ao menos 80% (BARBOSA; LIMA, 2006).

Em uma pesquisa realizada por Carrara (2006) que objetivou realizar um diagnóstico nos grupos de hipertensos e diabéticos do Programa de Saúde da Família (PSF) do município de Mandaguaçú, Paraná, para identificar os fatores que interferem na atenção à saúde dos usuários, observaram-se dificuldades tais como a resistência ao tratamento e abandono do mesmo quando há melhoria do quadro. Além disso, verificou-se ainda que a troca constante das embalagens, da cor e do formato das medicações, as faixas etárias elevadas dos usuários, o alto índice de analfabetismo e o baixo nível socioeconômico do grupo contribuíram significativamente para dificultar a adesão ao tratamento e, consequentemente, o controle da doença. O mesmo foi encontrado por Guerra (2003) que pesquisou as causas da não adesão ao tratamento para HA em usuários hipertensos participantes de grupos de educação à saúde na Unidade de Saúde Sabará do município de Curitiba-PR, concluindo que as principais causas da não adesão são o uso incorreto dos medicamentos prescritos, alimentação inadequada, falta de atividade física (sedentarismo ou atividade física insuficiente), renda familiar baixa, nível de escolaridade e cultura.

Santos et al. (2005), em um estudo descritivo exploratório cujo objetivo foi analisar a adesão do cliente hipertenso ao tratamento com abordagem interdisciplinar entre clientes acompanhados na Liga de Hipertensão Arterial do Hospital de Messejana, Fortaleza, mostraram que 12% dos entrevistados tinham algum conhecimento sobre hipertensão arterial e 56% conheciam parcialmente suas consequências. A adesão foi considerada insatisfatória, principalmente em relação às condutas higienodietéticas. A irregularidade do esquema medicamentoso esteve associada ao custo e aos efeitos colaterais.

O estudo dos fatores implicados na adesão ao tratamento da HA tem mostrado a influência de variáveis estruturais, de fatores relacionados ao caráter crônico e assintomático da doença, da relação médico-paciente, da complexidade dos esquemas de tratamento entre outros. Atualmente, a abordagem multiprofissional do atendimento do hipertenso tem sido encorajada, e a atuação dos diferentes elementos tem caráter complementar, aumentando a possibilidade de sucesso do tratamento anti-hipertensivo, tanto o farmacológico quanto o não

farmacológico. Para cada paciente ou grupo de pacientes, existem estratégias, que, quando aplicadas, aumentam consideravelmente a adesão ao tratamento e a sua eficiência. Com treinamento e motivação da equipe, a atuação de diversos profissionais da saúde é insubstituível no tratamento da HA (GIORGI, 2006). Há forte indicativo de que a relação médico-paciente possa ser o elemento-chave no enfrentamento desta dificuldade, que quando resolvida, sem dúvida, trará grande contribuição para o melhor controle da HA e consequente diminuição da morbimortalidade (JARDIM; JARDIM, 2006).

Tomando como base os diversos eventos antecedentes necessários para a ocorrência da adesão, percebe-se a necessidade de considerar esse conceito como sendo multidimensional, pois envolve diferentes aspectos. Embora se deva considerar o portador de hipertensão como o foco central do processo, a ocorrência da adesão não depende unicamente dele, mas do conjunto de elementos constituintes do processo, ou seja, do conjunto portador de hipertensão, profissional da saúde e sistema de saúde. O esforço desenvolvido por um elemento isolado desse conjunto certamente não conduzirá a bons resultados, sendo necessária a ação conjunta para que a "Adesão ao tratamento anti-hipertensivo" seja alcançada. Vista a partir dessa perspectiva, não se reduz a complexidade da adesão ao âmbito individual, como muitas vezes ocorre na nossa prática diária (ARAÚJO; GARCIA, 2006).

Em uma pesquisa convergente-assistencial desenvolvida de agosto/2001 a maio/2002, incluindo atividades de cuidados a 22 pacientes matriculados no programa de tratamento em uma unidade de saúde de Fortaleza-Ceará, onde foram descritas as características dos participantes, sua situação inicial de adesão, sendo desenvolvido o cuidado de enfermagem e relatada a situação final de adesão, foi demonstrado que as relações interpessoais enfermeira/paciente/família propiciaram o aumento da adesão ao tratamento da hipertensão pelos participantes e foi revelada a necessidade de um cuidar integral, sistêmico e com ênfase na interação (MOREIRA; ARAÚJO, 2004).

Pesquisas recentes relatam que a estratégia mais efetiva para melhorar adesão do paciente com medicamentos anti-hipertensivos é simplificar o regime terapêutico (DOMINO, 2005). O cuidado individualizado das necessidades do paciente, desde o início da terapêutica, poderá aumentar sua satisfação e a chance de adesão ao tratamento, seja medicamentoso ou não (BARBOSA, 2007).

A adesão é uma inesgotável fonte de investigação e merece ser sistematicamente estudada, uma vez que o controle ou não controle dos pacientes dependem de diversos fatores isolados ou, como na maioria das vezes, de fatores associados e complexos em sua resolutividade pelo paciente ou equipe de saúde (SILVA, 2008).

2 OBJETIVOS

Buscando compreender os fatores relacionados à adesão ao tratamento de portadores da HAS internados em um hospital privado, é que nos propomos a desenvolver o presente estudo, com os seguintes objetivos:

2.1 Geral

- Avaliar os fatores que interferem na adesão à terapêutica em portadores de HAS internados em um hospital privado do interior paulista.

2.2 Específicos

- Caracterizar os portadores de HAS internados em um hospital privado do interior paulista, segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas.
- Identificar a terapêutica medicamentosa utilizada por estes portadores de HAS .
- Determinar a adesão dos portadores de HAS à terapêutica medicamentosa para o controle da PA.
- Analisar as facilidades e/ou dificuldades enfrentadas pelos portadores de HAS na utilização dos medicamentos prescritos para o controle da PA.
- Associar a adesão do portador de HAS à terapêutica medicamentosa com as variáveis relacionadas ao paciente (sexo, idade, anos de estudo e renda familiar); ao relacionamento profissional-paciente (informações recebidas acerca da doença e dos medicamentos para o controle da PA e participação do paciente na escolha do tratamento); ao esquema terapêutico (mudança na rotina de vida diária, presença de efeitos colaterais); e à HAS (valor da PA, controle da PA segundo paciente e conhecimento acerca do medicamento para o controle da PA).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo transversal de abordagem quantitativa.

3.2 Local de estudo

Hospital privado de grande porte, localizado no interior paulista, com 157 leitos divididos em unidades de internação (clínica e cirúrgica), maternidade, pediatria, UTI adulto, UTI neonatal, UTI pediátrica e UTI cardiológica. Conta também com pronto- socorro adulto, infantil e ortopedia, ambulatórios e setores administrativos.

3.3 Período do estudo

O estudo foi realizado no período de julho a setembro de 2009.

3.4 Casuística

A população estudada foi constituída pelos portadores de HAS internados na Unidade de Internação e UTI Cardiológica de um hospital privado do interior paulista, com diversos motivos de internação, com diagnóstico de HAS há 12 meses ou mais e que estivessem fazendo uso de algum medicamento para controle da PA há 12 meses ou mais.

3.4.1 Critérios de exclusão

Foram considerados como critérios de exclusão na seleção dos voluntários para o estudo: voluntários com déficit cognitivo, HAS secundária, dependentes para administração de medicamentos, voluntários menores de 18 anos e internados na UTI Geral devido à gravidade dos mesmos.

3.5 Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta de dados, foram utilizados três instrumentos:

1. Formulário adaptado de Faria (2008), contemplando as variáveis do estudo, com questões fechadas e fundamentadas na literatura acerca da adesão ao tratamento do portador de HAS. Esse instrumento contém três partes: I – dados sociodemográficos; II – dados clínicos e III – dados relacionados à terapêutica medicamentosa (Apêndice B).

2. O teste de Medida de Adesão ao Tratamento – MAT, desenvolvido, adaptado e validado por Delgado e Lima (2001) em Lisboa, Portugal (Anexo A). Esse teste é composto por sete itens, dos quais os itens 1,2,3 e 4 foram adaptados de Morisky, Green e Levine (1986), o item 7 foi adaptado de Shea et al. (1992) e o item 6, adaptado de Ramalhinho (1994) (Apêndice B). Tal instrumento é utilizado para determinar a adesão ao tratamento medicamentoso prescrito. Cerca de metade dos entrevistados no estudo de Delgado e Lima (2001) respondeu às questões numa escala dicotômica (sim = 0 ou não = 1), e os restantes responderam numa escala de Likert de seis pontos (que variava de sempre = 1 e nunca = 6). Em ambos os casos, os sete itens foram combinados numa nova variável cujo valor expressa o nível de adesão ao tratamento. No caso da resposta na escala dicotômica, o nível de adesão resulta da simples adição dos valores de cada item. Já no caso da escala de Likert, o nível de adesão obtém-se somando-se os valores de cada item e dividindo-se pelo número de itens. Em ambos os casos, quanto maior a valor obtido, maior é o nível de adesão.

Ainda no estudo de Delgado e Lima (2001), analisaram-se, em diversas condições de respostas, a consistência interna da medida de Adesão ao Tratamento (MAT) e a sua validade concorrente por meio do critério de contagem de comprimidos. O MAT apresentou uma boa consistência interna ($p<0,001$) na condição de resposta. A resposta em forma de escala de Likert revelou maior sensibilidade (0,77) e especificidade (0,73) para captar os diversos comportamentos de adesão ao tratamento.

Após a obtenção dos dados, as respostas da cada questão do MAT foram

somadas e divididas pelo número total de questões. O valor obtido após este procedimento foi convertido em uma escala dicotômica. Essa escala dicotômica foi construída para obter os pacientes que apresentavam adesão ou não ao tratamento medicamentoso. Foram considerados como não aderentes aqueles que obtiveram valores entre 1 e 4, relacionados às respostas sempre, quase sempre, com frequência e às vezes. Para aqueles aderentes ao tratamento, foram considerados os valores obtidos 5 e 6 às respostas raramente e nunca (FARIA, 2008).

3. O Instrumento para Avaliar a Atitude Frente à Tomada de Remédios (IAAFTR) (Anexo B) é composto de dez perguntas estruturadas, com respostas afirmativas ou negativas. Obtêm-se informações dos pacientes sobre os horários dos medicamentos, rotina das tomadas dos medicamentos quando sai de casa ou viaja, se faz uso do medicamento quando ingere bebida alcoólica, se esqueceu de tomar algum medicamento nos últimos dias e se faltou a alguma consulta médica recente. Tem como objetivo identificar os pacientes com atitudes positivas e negativas. A nota de corte é 7, sendo as pontuações menores ou igual a 7 referentes às atitudes negativas e pontuações maiores do que 7, atitude positiva (BARBOSA, 2007).

Todos os instrumentos utilizados na pesquisa são de domínio público.

3.6 Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de entrevista individualizada, conduzida pela própria pesquisadora, em local privativo, nos quartos do referido hospital, com duração de aproximadamente 20 minutos. Foram expostos os objetivos do estudo, e solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), sendo iniciada a coleta de dados entre os que concordaram em participar do estudo.

Para a determinação dos valores de peso corporal e altura, foi utilizada balança antropométrica da marca Filizola, os indivíduos permaneceram eretos, com os calcanhares unidos e pés descalços. Para a medida da Circunferência da Cintura (CC) e da Circunferência do Quadril (CQ), foi utilizado fita métrica inelástica. Para a

medida da CC, utilizou-se o ponto médio localizado entre a crista ilíaca e o rebordo costal. A medida da CQ foi realizada na altura dos trocânteres femorais. Os valores do peso foram registrados em quilogramas, o da altura, em metros e os da CC e da CQ, em centímetros.

Para o presente estudo, em relação à CC, foram adotados os valores indicados pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2000) que preconiza valores acima do ponto de corte de 94cm para homens e de 80cm para as mulheres, como sendo risco metabólico aumentado.

Valores da relação entre circunferência da cintura/quadril (RCQ) foram obtidos pela divisão entre CC/CQ. Neste estudo foram adotados os valores indicados por Barcellos e Fuchs (2006) e Mancini (2005) que consideram alterados valores de RCQ acima de 0,85 para mulheres e acima de 1,00 para homens.

A medida da PA foi realizada de acordo com o preconizado pelas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2006), no membro superior direito, com o indivíduo sentado e em repouso de cinco minutos, uso da bolsa de borracha com largura compatível à circunferência braquial, sendo utilizado o aparelho digital da marca Omron (Modelo HEM 471 CINT) com o intuito de minimizar a influência do observador. Foram realizadas três medidas consecutivas com intervalo de 60 segundos entre cada uma. Para fins deste estudo, foram considerados os valores obtidos nas duas últimas medidas.

Para a análise dos valores de PA, foram considerados como normal os valores de PA < 140X90 mmHg e como alterados os valores de PA ≥ 140X90 mmHg.

A partir das variáveis peso e altura de cada indivíduo, calculou-se o Índice de Massa Corporal (IMC), obtido a partir da divisão do peso em quilogramas pelo quadrado da altura em metros (Km/m^2). Utilizou-se como normal IMC < 25 Km/m^2, sobrepeso IMC ≥ 25 Km/m^2 a < 30 Km/m^2 e obesidade IMC ≥ 30 Km/m^2.

3.7 Organização e análise dos dados

Os dados foram organizados em uma planilha no Programa Excel, validados por dupla digitação. Os testes estatísticos foram realizados por meio do

software Statistica 8.0 (Statsoft, Inc. 2007), MedCalc 10.2 (Medcalc Software 2009), bem como no aplicativo SPSS (*Statiscal Package for the Social Science*), versão 15.0 e os resultados foram considerados significativos quando o nível de significância (p) foi menor que 0,05. As variáveis cujo intervalo de confiança do *Odds Ratio* contém o valor 1 não foram consideradas significativas na determinação da força de associação à adesão terapêutica.

Os dados foram agrupados em categorias, as variáveis quantitativas foram analisadas com medidas de posição (média) e de dispersão (desvio-padrão), e as variáveis categóricas com tabelas de frequência simples e tabelas de contingência.

Os dados numéricos referentes à idade, peso, altura, IMC, CC, CQ, RCQ, renda familiar, tempo gasto para chegar à instituição de saúde, tempo com hipertensão e pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD) foram submetidos ao teste de Shapiro-Wilk para análise de distribuição e ao teste de Levene para verificação da homogeneidade das variâncias. Quando as amostras apresentaram distribuição normal e variâncias homogêneas, utilizou-se o teste paramétrico t-Student, e os resultados foram expressos em média ± desvio-padrão para comparar os indivíduos aderentes e não aderentes. Quando os pressupostos de normalidade e homogeneidade não foram encontrados, utilizou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney, e os resultados foram expressos em mediana (mínimo-máximo).

Para avaliar a associação entre adesão ao tratamento e cada uma das variáveis sociodemográficas e clínicas relacionadas à terapia medicamentosa, utilizaram-se os testes do qui-quadrado clássico, qui-quadrado com correção de Yates ou teste exato de Fisher. Além disso, a força de associação foi avaliada pelo cálculo do *Odds Ratio* (OR) ou razão de chances com intervalo de confiança de 95%.

A concordância entre os dois instrumentos de avaliação da adesão terapêutica (MAT e IAAFTR) foi analisada pelo coeficiente Kappa, com cálculo do intervalo de confiança de 95%.

3.8 Aspectos éticos

O referido estudo foi encaminhado primeiramente ao diretor do Hospital

em que se realizou o estudo a fim de obter a autorização para a sua realização e, posteriormente, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a apreciação em relação aos aspectos éticos envolvendo pesquisa com seres humanos, sendo o início da coleta dos dados efetuada somente após aprovação do projeto pelo referido Comitê.

O TCLE foi apresentado aos sujeitos que atenderam aos critérios de inclusão, realizando as explicações que se fizeram necessárias sendo, após, solicitada a assinatura do mesmo, garantindo o sigilo e anonimato das informações prestadas.

4 RESULTADOS

A seguir, serão apresentados os resultados de acordo com os objetivos propostos no presente estudo.

4.1 Caracterização dos portadores de hipertensão arterial estudados, segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas

Dos 48 (100%) portadores de HA estudados, a idade variou de 19 a 90 anos, com mediana de 70,5 anos e predomínio do sexo masculino (79,2%). Também se constatou que a maioria era casada (70,8%); e que a ocupação mais frequente era aposentado (64,6%). Quanto aos anos de estudo e à renda familiar, houve um predomínio de indivíduos com ensino médio completo (35,4%) seguidos de ensino superior completo (25,0%) e renda familiar de R$ 900,00 a R$ 30.000,00, com mediana de R$ 4.000,00 (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial, segundo as variáveis sociodemográficas. Campinas, São Paulo, 2009

Característica		n	%
Idade (anos)	< 60	9	18,7%
	≥ 60	39	81,3%
Sexo	Feminino	10	20,8%
	Masculino	38	79,2%
Estado Civil	Solteiro	4	8,3%
	Casado	34	70,8%
	Viúvo	8	16,7%
	Desquitado ou divorciado	2	4,2%
Ocupação	Desempregado	3	6,3%
	Do lar	4	8,3%
	Aposentado	31	64,6%
	Pequeno produtor rural	1	2,1%
	Trabalhador assalariado	3	6,3%
	Trabalhador administrativo, técnico e científico	1	2,1%
	Profissional liberal autônomo	1	2,1%
	Empresário	4	8,3%
Escolaridade	Sem escolaridade / analfabeto	1	2,1%
	Sem escolaridade / alfabetizado	2	4,2%
	Primário incompleto	3	6,3%
	Primário completo	2	4,2%
	Ensino fundamental completo	6	12,5%
	Ensino médio incompleto	3	6,3%
	Ensino médio completo	17	35,4%
	Ensino superior incompleto	2	4,2%
	Ensino superior completo	12	25,0%
Renda Familiar	R$ 900,00 a R$ 5.000,00	31	64,6%
	R$ 5.000,01 a R$ 10.000,00	12	25,0%
	> R$ 10.000,00	5	10,4%

Quanto às comorbidades e às complicações crônicas relacionadas à HAS, obteve-se que as mais referidas foram cardiopatias (52,1%), colesterol alto (45,8%), diabetes (35,4%), complicações no coração (27,1%) e nos rins (10,4%), respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial, segundo complicações crônicas e comorbidades referidas. Campinas, São Paulo, 2009

Complicações Crônicas*	**n**	**%**
Nos olhos	3	6,3%
Nos rins	5	10,4%
No cérebro	1	2,1%
No coração	13	27,1%
Comorbidades*		
Diabete	17	35,4%
Obesidade	1	2,1%
Colesterol alto	22	45,8%
Doença renal	5	10,4%
Cardiopatia	25	52,1%
Circulação	3	6,3%
Outras	2	4,2%

* As categorias não são mutuamente exclusivas.

No que se refere ao Índice de Massa Corporal (IMC), este variou de 20,2 a 54,1 kg/m^2, com mediana de 27,6 kg/m^2, quanto à Relação Cintura-Quadril (RCQ) para os homens, esta variou de 0,91 a 1,18, com mediana de 1,02 e para as mulheres variou de 0,84 a 1,09, com mediana de 1,03 (Tabela 3 e Tabela 4).

Tabela 3 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial, segundo o Índice de Massa Corporal (IMC). Campinas, São Paulo, 2009

Índice Massa Corporal (Kg/m^2)	**n**	**%**
< 25 (normal)	7	14,6
≥ 25 a < 30 (sobrepeso)	27	56,3
≥ 30 (obesidade)	14	29,2
Total	**48**	**100,0**

Tabela 4 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial, segundo a Relação Cintura/Quadril (RCQ). Campinas, São Paulo, 2009

Relação Cintura/Quadril (cm)	**n**	**%**
Mulher < 0,85 e Homem < 1,00 (normal)	3	6,3
Mulher ≥ 0,85 e Homem ≥ 1,00 (alterado)	45	93,8
Total	**48**	**100,0**

4.2 A terapêutica medicamentosa utilizada pelos portadores de hipertensão arterial estudados

O tratamento da HAS dividi-se em três elementos principais: o planejamento alimentar, a prática de exercício físico e a terapêutica medicamentosa. No presente estudo, em particular, investigamos as questões relacionadas ao tratamento medicamentoso para o controle da PA.

Tabela 5 - Distribuição dos portadores de HAS internados em um hospital privado, segundo os medicamentos utilizados para controle da PA. Campinas, São Paulo, 2009

Medicamento*	N	%
Diurético	17	35,4
Betabloqueador	13	27,1
Bloqueador dos canais de cálcio	12	25
Inibidor da ECA	14	29,2
Bloqueador do receptor da AT1	17	35,4
Betabloqueador + diurético	3	6,3
Bloqueador do receptor de AT1 + diurético	2	4,2
Diurético + diurético	4	8,3

* As categorias não são mutuamente exclusivas

Dos 48 (100%) portadores de HAS, constatou-se que 35,4% faziam uso de diurético, 27,1%, de betabloqueador, 25%, de bloqueador de canais de cálcio, 29,2%, de inibidor da enzima conversora de angiotensina (ECA), 35,4%, de bloqueador do receptor da angiotensina 1 (AT1), 6,3%, de associação de betabloqueador e diurético, 4,2%, de associação de bloqueador do receptor de AT1 e diurético e 8,3%, de associação de diurético e diurético (Tabela 5).

Tabela 6 - Distribuição dos portadores de HAS internados em um hospital privado, segundo o número de medicamentos utilizados para controle da PA. Campinas, São Paulo, 2009

Número de medicamentos	n	%
1	32	66,7
2	9	18,8
3	6	12,5
4	1	2,1
Total	**48**	**100**

Ao analisarmos o número de medicamentos utilizados no tratamento da HAS, observamos que 66,7% utilizam apenas um medicamento, 18,8% utilizam dois medicamentos, 12,5% utilizam três medicamentos e 2,1% utilizam quatro medicamentos para controle da PA (Tabela 6).

4.3 A adesão do portador de hipertensão arterial à terapêutica medicamentosa para o controle da PA

Em relação à adesão ao tratamento medicamentoso para o controle da PA, obteve-se que 91,7% dos sujeitos apresentaram adesão ao tratamento e 8,3% não. Quanto à atitude frente à tomada de remédios, 70,8% apresentaram atitude positiva e 29,2%, atitude negativa (Tabela 7). De acordo com a mesma tabela, existe uma concordância fraca entre adesão e atitude frente à tomada de remédio.

Tabela 7 - Distribuição da adesão e da atitude frente à tomada de remédio dos portadores de hipertensão arterial. Campinas, São Paulo, 2009

MAT	**IAAFTR**		**Total**
	Atitude +	**Atitude -**	
Aderente	33 (75%)	11 (25%)	44 (91,7%)
Não aderente	1 (25%)	3 (75%)	4 (8,3%)
Total	**34 (70,8%)**	**14 (29,2%)**	**48 (100%)**

Coeficiente Kappa (IC 95%): 0,234; concordância fraca

4.4 Análise das facilidades e/ou dificuldades enfrentadas pelos portadores de hipertensão arterial na utilização dos medicamentos prescritos para o controle da PA

A seguir, apresentamos os resultados relacionados à acessibilidade aos medicamentos, fatores relacionados ao paciente, à relação profissional-paciente, ao esquema terapêutico e à doença propriamente dita que podem influenciar na adesão ao tratamento medicamentoso.

4.4.1 Fatores relacionados à acessibilidade aos medicamentos para o controle da PA

Em relação às facilidades e/ou dificuldades para a obtenção dos medicamentos, apenas 10,4% referiram ter apresentado alguma dificuldade para a aquisição e todos referiram dificuldade financeira.

O tempo despendido para chegar ao consultório do médico que realiza o tratamento da HAS variou de 5 a 90 minutos, com mediana de 20 minutos (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial, segundo o tempo despendido para chegar ao consultório médico. Campinas, São Paulo, 2009

Tempo para chegar ao consultório (minutos)	n	%
1 a 5	1	2,1
6 a 10	12	25,0
11 a 15	7	14,6
16 a 20	9	18,8
>20	19	39,6
Total	**48**	**100,0**

Quanto ao local de obtenção dos medicamentos, 89,6% dos sujeitos obtêm seus medicamentos com recursos próprios e 10,4%, em farmácias da rede pública.

4.4.2 Fatores relacionados ao paciente para a adesão ao tratamento medicamentoso

Dos 48 sujeitos investigados, 47,9% referiram aceitável, 31,3%, como indiferente e 8,3%, como bom o fato de ter de tomar remédio todos os dias. Quanto ao número de medicamentos prescritos e número de vezes de uso de medicamentos ao dia, 60,4% e 39,6% referiram bom e indiferente, respectivamente.

Quanto ao apoio familiar e/ou de amigos para o cumprimento do tratamento medicamentoso, 83,3% indicaram que se sentem apoiados.

4.4.3 Fatores relacionados à interação profissional-paciente para a adesão ao tratamento medicamentoso

Os dados obtidos quanto aos fatores relacionados à interação profissional-paciente mostraram que 68,8% referiram não ter recebido informações sobre HAS. Quanto à qualidade da informação recebida, 22,9% dos que a receberam mostraram-se satisfeitos. Cabe destacar que 100% das informações sobre HAS que os pacientes receberam foram fornecidas pelo profissional médico. Quanto às informações específicas dos medicamentos prescritos para o controle da HAS, 62,5% referiram não ter recebido nenhum tipo de informação, e dos que receberam, 33,2% mostraram-se satisfeitos, sendo todas estas informações fornecidas pelo profissional médico (Tabela 9).

Quanto à participação na escolha do tratamento prescrito, 81,3% referiram não ter participado, para 77,1% desses, isto não interferiu na utilização do medicamento prescrito. Cabe ressaltar que 16,7% referiram participação na escolha do medicamento prescrito e que essa participação facilitou o uso do medicamento para controle da PA (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial, segundo informações recebidas para o seguimento do tratamento medicamentoso e sua participação na escolha do tratamento prescrito. Campinas, São Paulo, 2009

Informações recebidas	**Sim**		**Não**		**Não sabe**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Informações recebidas sobre HAS	13	27,1	33	68,8	2	4,2
Satisfação das informações recebidas sobre HAS	11	22,9	2	4,2	-	-
Informações sobre o medicamento	16	33,3	30	62,5	2	4,2
Satisfação das informações sobre medicamento	16	33,3	-	-	-	-
Participação na escolha do medicamento	9	18,8	39	81,3	-	-
Participação facilitou tomar o medicamento	8	16,7	1	2,1	-	-
Falta de participação dificultou tomar o medicamento	2	4,2	37	77,1	-	-

Quanto à confiança e à segurança em relação às informações recebidas, 33,3% as receberam e sentiram-se seguros; 95,8% confiam no profissional médico que os acompanham; 83,3% sentem-se acolhidos/motivados para o cumprimento da terapêutica medicamentosa prescrita e 79,2% apresentaram-se satisfeitos em relação ao tempo dispensado e à frequência das consultas médicas.

Ao investigar se os sujeitos haviam sido informados sobre as complicações que poderiam aparecer decorrentes da não adesão ao tratamento medicamentoso, obteve-se que 68,8% referiram ter recebido tais informações. Os indivíduos referiram também que o fato de ter recebido informações sobre as complicações contribuiu para a adesão à terapêutica medicamentosa.

4.4.4 Fatores relacionados ao esquema terapêutico para a adesão ao tratamento medicamentoso

Quanto ao tipo de tratamento utilizado pelo sujeito para a HAS, a maioria fazia uso apenas do medicamento (60,4%), seguido dos que associavam a medicação e dieta (22,9%); medicação, exercício físico e dieta (12,5%) e medicação e exercício físico (4,2%).

Ao investigar se houve mudança na rotina diária ao introduzir o tratamento medicamentoso para a HAS, obteve-se que 87,5% referiram não ter apresentado mudanças, 10,4% referiram tê-las apresentado e 2,1% referiram não se recordar se houve mudança. Dos 10,4% que referiram mudanças na rotina de vida diária para o seguimento do tratamento medicamentoso, 80,0% deles responderam que as mudanças ocorridas facilitaram o uso do medicamento para a HAS.

Quanto à presença dos efeitos colaterais, 85,4% dos sujeitos referiram não ter apresentado efeitos colaterais relacionados aos medicamentos para a HAS.

Dos 48 (100%) sujeitos estudados, 83,3% utilizavam medicamentos para outras doenças além da HAS.

Quando questionados se alguma vez já se recusaram a tomar algum medicamento prescrito pelo médico para o controle da PA, 10,4% referiram já terem recusado e 89,6% referiram nunca ter recusado um medicamento para controle da PA.

4.4.5 Fatores relacionados à doença para a adesão ao tratamento

O tempo de diagnóstico da HAS variou de 1 a 40 anos, com mediana de 10 anos. Quanto aos valores de PA, o menor valor de PAS encontrado foi 100 mmHg e o maior foi 190 mmHg, com mediana de 133,5 mmHg; e o menor valor de PAD encontrado foi 57 mmHg e o maior foi 100 mmHg, com mediana de 75 mmHg (Tabela 10 e Tabela 11).

Tabela 10 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial, segundo o tempo de diagnóstico da HAS. Campinas, São Paulo, 2009

Tempo de diagnóstico da HAS (anos)	n	%
1 a 5	8	16,7
6 a 10	21	43,8
11 a 15	8	16,7
16 a 20	7	14,6
>20	4	8,3
Total	**48**	**100,0**

Tabela 11 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial, segundo o valor da Pressão Arterial (PA). Campinas, São Paulo, 2009

Valores de PA (mmHg)	n	%
PAS<140 e PAD<90	31	64,6
PAS≥140 e PAD≥90	2	4,2
PAS≥140 e PAD<90	12	25,0
PAS<140 e PAD≥90	3	6,3
PAS (mmHg)		
<140	34	70,8
≥140	14	29,2
PAD (mmHg)		
<90	43	89,6
≥90	5	10,4

Quando questionados se eles consideravam a sua PA controlada, 87,5% responderam que sim e 12,5% responderam que não.

4.5 Associação entre adesão e algumas facilidades e/ou dificuldades enfrentadas pelos portadores de hipertensão arterial na utilização dos medicamentos prescritos para o controle da HAS

Ao investigar a adesão ao tratamento medicamentoso e a atitude frente à tomada de remédio em relação ao sexo, obteve-se que a prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso foi de 89,5% nos homens e 100% nas mulheres e que a atitude frente à tomada do remédio foi positiva para 68,4% dos homens e 80% das mulheres. Não foram observadas diferença estatisticamente significante e associação entre os sexos (Tabela 12).

Quanto à variável idade, entre sujeitos com idade superior a 60, ocorreu a menor prevalência de adesão (89,5%) das faixas etárias e de atitude positiva frente à tomada de remédio (65,8%). Não foram observadas diferença estatisticamente significante e associação entre as faixas etárias (Tabela 12).

Ao analisarmos a escolaridade, obteve-se que a prevalência de adesão ao tratamento e atitude positiva frente à tomada de remédio foi de 100% naqueles sem escolaridade/analfabetos e nos sujeitos com nível superior completo. Não foram observadas diferença estatisticamente significante e associação entre os níveis de escolaridade (Tabela 12).

Quanto ao estado civil, os sujeitos divorciados ou desquitados apresentaram prevalência de 50% relacionada à adesão ao tratamento medicamentoso segundo o MAT e 100,0% de atitude negativa frente à tomada de remédios segundo o IAAFTR. Não foram observadas diferença estatisticamente significante e associação entre o estado civil (Tabela 12).

Ao analisarmos o número de indivíduos que utilizavam a renda familiar, observou-se que os sujeitos que apresentaram três indivíduos utilizando a renda familiar tiveram uma chance 0,10 (0,02 – 0,71) vez maior de apresentar atitude positiva frente à tomada de remédio do que os que apresentaram apenas um indivíduo utilizando a renda familiar. Enquanto 81,8% dos sujeitos que apresentaram um indivíduo utilizando a renda familiar apresentaram atitude positiva frente à tomada de remédio, apenas 50% dos que apresentaram três indivíduos utilizando a renda familiar apresentaram a mesma atitude. Houve diferença estatisticamente

significante (p = 0,02) e associação entre o número de indivíduos que usufruem a mesma renda [OR = 0,10 (0,02 - 0,71)] (Tabela 12).

Quanto à ocupação dos sujeitos, os aposentados apresentaram prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso de 87,1%, e os desempregados apresentaram prevalência de atitude positiva frente à tomada de remédio de 33,3%. Não foram observadas diferença estatisticamente significante e associação entre as ocupações (Tabela 12).

Tabela 12 - Prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso da HAS e atitude frente à tomada de remédio, segundo as variáveis sociodemográficas. Campinas, São Paulo, 2009

Variáveis sociodemográficas	MAT Aderentes (%)	Valor-p	OR (IC 95%)*	IAAFTR Aderentes (%)	Valor-p	OR (IC 95%)*
Faixa etária						
18 a 30	1 (100,0%)	0.765	2,55 (0,09 - 72,69)	1 (100,0%)	0.500	1,59 (0,06 - 41,70)
31 a 40	-			-		
41 a 50	1 (100,0%)		2,55 (0,09 - 72,69)	1 (100,0%)		1,59 (0,06 - 41,70)
51 a 60	8 (100,0%)		2,22 (0,11 - 45,28)	7 (87,5%)		3,64 (0,40 - 32,85)
> 60	34 (89,5%)		-	25 (65,8%)		-
Sexo						
Feminino	10 (100,0%)	0.668	2,74 (0,14 - 55,15)	8 (80,0%)	0.745	1,85 (0,34 - 10,04)
Masculino	34 (89,5%)		-	26 (68,4%)		
Estado civil						
Solteiro, sem companheiro	4 (100,0%)	0.218	9,00 (0,22 - 362,50)	3 (75,0%)	0.246	11,67 (0,32 - 422,17)
Casado, vivendo com o cônjuge	30 (90,9%)		10,00 (0,49 - 203,94)	24 (72,7%)		12,89 (0,56 - 294,21)
Casado, não vivendo com o cônjuge	1 (100,0%)		3,00 (0,06 - 151,20)	1 (100,0%)		15,00 (0,18 - 1236,28)
Viúvo	8 (100,0%)		17,00 (0,45 - 648,24)	6 (75,0%)		13,00 (0,45 - 377,49)
Desquitado ou divorciado	1 (50,0%)		-	0 (0,0%)		-

continua...

Escolaridade						
Sem escolaridade / analfabeto	1 (100,0%)	0.085	-	1 (100,0%)	0.153	-
Sem escolaridade / alfabetizado	1 (50,0%)		0,33 (0,006 - 16,80)	2 (100,0%)		1,67 (0,02 - 137,36)
Primário incompleto	2 (66,7%)		0,56 (0,01 - 24,51)	1 (33,3%)		0,20 (0,004 - 8,82)
Primário completo	1 (50,0%)		0,33 (0,006 - 16,80)	1 (50,0%)		0,33 (0,006 - 16,80)
Ensino fundamental incompleto	-			-		
Ensino fundamental completo	6 (100,0%)		4,33 (0,06 - 320,42)	2 (33,3%)		0,19 (0,005 - 6,47)
Ensino médio incompleto	3 (100,0%)		2,33 (0,03 - 182,92)	3 (100,0%)		2,33 (0,03 - 182,92)
Ensino médio completo	16 (94,1%)		3,67 (0,10 - 135,66)	12 (70,6%)		0,76 (0,03 - 21,68)
Superior incompleto	2 (100,0%)		1,67 (0,02 - 137,36)	1 (50,0%)		0,33 (0,006 - 16,80)
Superior completo	12 (100,0%)		8,33 (0,12 - 596,15)	11 (91,7%)		2,56 (0,07 - 95,88)
Número de pessoas que utilizam a renda familiar						
1	10 (90,9%)	0.577	-	9 (81,8%)	0.021	-
2	18 (90,0%)		0,90 (0,07 - 11,21)	14 (70,0%)		0,24 (0,04 - 1,40)
3	10 (100,0%)		3,00 (0,11 - 82,40)	5 (50,0%)		0,10 (0,02 - 0,71)
4	3 (100,0%)		1,00 (0,03 - 30,62)	3 (100,0%)		0,89 (0,03 - 22,97)
5	2 (66,7%)		0,20 (0,01 - 4,72)	2 (66,7%)		0,21 (0,01 - 3,49)
6	1 (100,0%)		0,43 (0,01 - 16,15)	1 (100,0%)		0,38 (0,01 - 12,24)

continua...

Ocupação						
Aposentado	27 (87,1%)	0.935	-	21 (67,7%)	0.414	-
Desempregado	3 (100,0%)		1,14 (0,05 - 26,11)	1 (33,3%)		0,23 (0,01 - 2,94)
Do lar	4 (100,0%)		1,47 (0,07 - 32,27)	4 (100,0%)		4,39 (0,21 - 89,48)
Pequeno produtor rural	1 (100,0%)		0,49 (0,02 - 14,02)	1 (100,0%)		1,46 (0,05 - 39,11)
Trabalhador assalariado	3 (100,0%)		1,14 (0,05 - 26,11)	3 (100,0%)		3,41 (0,16 - 72,45)
Trabalhador assalariado administrativo, técnico e científico	1 (100,0%)		0,49 (0,02 - 14,02)	1 (100,0%)		1,46 (0,05 - 39,11)
Profissional liberal autônomo	1 (100,0%)		0,49 (0,02 - 14,02)	1 (100,0%)		1,46 (0,05 - 39,11)
Empresário	4 (100,0%)		1,47 (0,07 - 32,27)	2 (50,0%)		0,47 (0,05 - 3,88)

conclusão.

*OR (IC 95%): odds ratio com intervalo de confiança de 95%.

Em relação ao tipo de tratamento utilizado para controle da PA, os indivíduos que faziam dieta associada ao uso de anti-hipertensivo apresentaram uma chance 18,81(1,01-329,40) vezes maior de apresentar atitude positiva frente à tomada de remédio (IAAFTR), em relação aos indivíduos que somente faziam uso do anti-hipertensivo. Enquanto todos os indivíduos que faziam dieta e utilizavam anti-hipertensivo apresentaram atitude positiva, apenas 55,2% dos indivíduos que somente utilizavam a medicação apresentaram mesma atitude. Houve diferença estatisticamente significante ($p = 0,026$) e associação entre os tipos de tratamento da HAS (Tabela 13).

Quanto ao valor de PAS, os indivíduos que apresentaram PAS controlada apresentaram mais atitude positiva frente à tomada de remédio, segundo o IAAFTR, ou seja, enquanto 79,4% dos indivíduos com PAS controlada apresentaram atitude positiva frente à tomada de remédio, apenas 50% dos indivíduos com PAS ≥ 140 mmHg apresentaram a mesma atitude. Assim, os indivíduos com PAS controlada apresentaram uma chance 3,86 (1,01-14,69) vezes maior de apresentar atitude positiva frente à tomada de remédio em relação aos indivíduos com PAS ≥ 140 mmHg. Houve diferença estatisticamente significante ($p = 0,042$) e associação entre os valores de PAS (Tabela 13).

Tabela 13 - Prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso da HAS e atitude frente à tomada de remédio, segundo as variáveis clínicas. Campinas, São Paulo, 2009

Variáveis clínicas	MAT Aderentes (%)	Valor-p	OR (IC 95%)*	IAAFTR Aderentes (%)	Valor-p	OR (IC 95%)*
Tratamento para hipertensão						
Somente anti-hipertensivo	25 (86,2%)	0.414	-	16 (55,2%)	0.026	-
Dieta e anti-hipertensivo	11 (100,0%)		4,06 (0,20 - 81,81)	11 (100,0%)		18,81 (1,01 - 349,40)
Exercício e anti-hipertensivo	2 (100,0%)		1,13 (0,04 - 27,73)	2 (100,0%)		4,09 (0,18 - 92,68)
Dieta, anti-hipertensivo e exercício	6 (100,0%)		2,29 (0,11 - 48,25)	5 (83,3%)		4,06 (0,42 - 39,25)
PAS						
< 140 mmHg	31 (91,2%)	0.702	-	27 (79,4%)	0.042	3,86 (1,01 - 14,69)
□ 140 mmHg	13 (92,9%)		1,26 (0,12 - 13,25)	7 (50,0%)		-
PAD						
< 90 mmHg	39 (90,7%)	0.887	-	31 (72,1%)	0.965	1,72 (0,26 - 11,62)
□ 90 mmHg	5 (100,0%)		1,25 (0,0591 - 26,59)	3 (60,0%)		-
Hipertensão arterial						
PAS < 140 mmHg e PAD < 90 mmHg	28 (90,3%)	0.913	-	25 (80,7%)	0.220	-
PAS □ 140 mmHg e PAD □ 90 mmHg	2 (100,0%)		1,63 (0,0642 - 41,29)	1 (50,0%)		0,24 (0,0131 - 4,41)
PAS □ 140 mmHg e PAD < 90 mmHg	11 (91,7%)		1,18 (0,1104 - 12,58)	6 (50,0%)		0,24 (0,0568 - 1,01)
PAS < 140 mmHg e PAD □ 90 mmHg	3 (100,0%)		1,09 (0,0359 - 33,38)	2 (66,7%)		0,48 (0,0371 - 6,21)

*OR (IC 95%): *odds ratio* com intervalo de confiança de 95%.

Quanto à prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso da HAS, não houve diferença estatisticamente significante, quando relacionada ao tempo de HAS e a valores de PAS e PAD (Tabela 14).

Tabela 14 - Prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso da HAS, segundo as variáveis clínicas. Campinas, São Paulo, 2009

Variáveis clínicas	MAT		Estatística*	Valor p
	Aderente	Não aderente		
Tempo com hipertensão (anos)	10,0 (1,0-40,0)	11,5 (6,0-33,0)	-0,492	0,623
PAS (mmHg)	134,7 ± 20,5	130,3 ± 31,2	0,402	0,690
PAD (mmHg)	75,0 (57,0-100,0)	74,5 (65,0-87,0)	-0,037	0,970

* Os valores da estatística correspondem aos resultados do teste t (paramétrico, expressos em média ± desvio- padrão) ou Mann-Whitney (não paramétrico, expressos em mediana (mín - máx)).

Quanto à atitude frente à tomada de remédio, houve diferença estatisticamente significante (p = 0,025) entre os indivíduos com atitude positiva e atitude negativa, quando relacionados com os valores de PAS (Tabela 15).

Tabela 15 - Prevalência de atitude positiva e atitude negativa, segundo as variáveis clínicas. Campinas, São Paulo, 2009

Variáveis clínicas	IAAFTR		Estatística*	Valor p
	Atitude positiva	Atitude negativa		
Tempo com hipertensão (anos)	10,0 (1,0-40,0)	10,0 (1,0-33,0)	0,920	0,358
PAS (mmHg)	130,0 ± 18,3	144,9 ± 24,5	2,324	0,025
PAD (mmHg)	74,4 ± 9,8	77,1 ± 8,2	0,940	0,352

* Os valores da estatística correspondem aos resultados do teste t (paramétrico, expressos em média ± desvio- padrão) ou Mann-Whitney (não paramétrico, expressos em mediana (mín - máx)).

Ao relacionarmos adesão ao tratamento medicamentoso às variáveis clínicas como idade, peso, altura, IMC, circunferência da cintura, circunferência do quadril, relação cintura quadril, verificamos que não houve diferença estatisticamente

significante entre os aderentes e não aderentes e associação entre as variáveis, como mostra a Tabela 16.

Tabela 16 - Prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso da HAS, segundo as variáveis clínicas. Campinas, São Paulo, 2009

Variáveis clínicas	MAT		Estatística*	Valor p
	Aderente	Não aderente		
Idade (anos)	70,0 (19,0-90,0)	72,5 (68,0-83,0)	-0,691	0,490
Peso (Kg)	81,6 (62,3-160,0)	73,2 (55,0-93,4)	0,784	0,433
Altura (m)	1,70 ± 0,08	1,70 ± 0,04	0,075	0,941
Índice de massa corporal (Kg/m^2)	27,7 (20,2-54,1)	25,4 (20,2-30,8)	0,951	0,341
Circunferência da cintura (cm)	103,36 ± 8,50	96,50 ± 10,54	1,520	0,135
Circunferência do quadril (cm)	101,0 (89,0-123,0)	99,0 (87,0-103,0)	1,086	0,277
Relação cintura-quadril (cm)	1,02 ± 0,06	1,00 ± 0,06	0,730	0,469

* Os valores da estatística correspondem aos resultados do teste t (paramétrico, expressos em média ± desvio-padrão) ou Mann-Whitney (não paramétrico, expressos em mediana (mín - máx)).

Ao relacionarmos adesão ao tratamento medicamentoso e atitude frente à tomada de remédio às complicações clínicas e outros problemas de saúde, não houve diferença estatisticamente significativa e associação entre as variáveis, como mostra a Tabela 17.

Tabela 17 - Prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso da HAS e atitude frente à tomada de remédio, segundo as complicações clínicas e outros problemas de saúde. Campinas, São Paulo, 2009

Complicações ou outro problema de saúde	MAT - Aderentes (%)				IAAFTR – Atitude + (%)			
	Complicação		Valor-p	OR (IC 95%)*	Complicação		Valor-p	OR (IC 95%)*
	Presente	Ausente			Presente	Ausente		
Complicações nos olhos	3 (100,0%)	41 (91,1%)	0.590	0,75 (0,03 - 17,16)	2 (66,7%)	32 (71,1%)	0.623	1,23 (0,10 - 14,78)
Complicações nos rins	4 (80,0%)	40 (93,0%)	0.887	3,33 (0,28 - 40,03)	2 (40,0%)	32 (74,4%)	0.279	4,36 (0,64 - 29,64)
Complicações no cérebro	1 (100,0%)	43 (91,5%)	0.128	0,31 (0,01 - 8,79)	0 (0,0%)	34 (72,3%)	0.643	7,66 (0,29 - 200,09)
Complicações no coração	13 (100,0%)	31 (88,6%)	0.493	0,25 (0,01 - 5,15)	10 (76,9%)	24 (68,6%)	0.835	0,65 (0,15 - 2,86)
Diabetes	16 (94,1%)	28 (90,3%)	0.928	0,58 (0,06 - 6,09)	10 (58,8%)	24 (77,4%)	0.306	2,40 (0,67 - 8,64)
Obesidade	1 (100,0%)	43 (91,5%)	0.128	0,31 (0,01 - 8,79)	1 (100,0%)	33 (70,2%)	0.643	0,77 (0,03 - 20,04)
Colesterol alto	20 (90,9%)	24 (92,3%)	0.727	1,20 (0,15 - 9,30)	16 (72,7%)	18 (69,2%)	0.958	0,84 (0,24 - 2,96)
Doença renal	4 (80,0%)	40 (93,0%)	0.887	3,33 (0,28 - 40,03)	3 (60,0%)	31 (72,1%)	0.965	1,72 (0,26 - 11,62)
Cardiopatia	23 (92,0%)	21 (91,3%)	0.663	0,91 (0,12 - 7,07)	18 (72,0%)	16 (69,6%)	0.895	0,89 (0,26 - 3,09)
Circulação	2 (66,7%)	42 (93,3%)	0.590	7,00 (0,48 - 101,18)	1 (33,3%)	33 (73,3%)	0.412	5,50 (0,46 - 66,32)
Outro problema de saúde	2 (100,0%)	42 (91,3%)	0.384	0,52 (0,02 - 12,83)	1 (50,0%)	33 (71,7%)	0.895	2,54 (0,15 - 43,67)

*OR (IC 95%): *odds ratio* com intervalo de confiança de 95%.

Quanto aos anti-hipertensivos utilizados no tratamento da HAS, os indivíduos que não utilizavam a classe de medicamento bloqueador do receptor de angiotensina 1(AT1) apresentaram uma chance 3,70 (1,01-13,65) maior de apresentar atitude positiva frente à tomada de remédio em relação aos que utilizavam esta classe de medicamento. Enquanto 80,6% dos indivíduos que não utilizavam bloqueadores do receptor de AT1 apresentaram atitude positiva frente à tomada de remédio, apenas 52,9% que utilizavam esta classe de medicamento apresentaram a mesma atitude. Houve diferença estatisticamente significante ($p = 0,043$) e associação entre os indivíduos que utilizavam e os que não utilizavam esta classe de medicamento [OR = 3,70 (1,01-13,65)] (Tabela 18).

Tabela 18 - Prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso da HAS e atitude frente à tomada de remédio, segundo os medicamentos mais utilizados para o controle da PA. Campinas, São Paulo, 2009

Anti-hipertensivos utilizados no tratamento	MAT Aderentes (%)	Valor-p	OR (IC 95%)*	IAAFTR Atitude + (%)	Valor-p	OR (IC 95%)*
Diurético						
Utiliza	17 (100,0%)	0.317	5,73 (0,29 - 113,05)	15 (88,2%)	0.103	4,74 (0,92 - 24,49)
Não utiliza	27 (87,1%)		-	19 (61,3%)		-
Betabloqueadores						
Utiliza	13 (100,0%)	0.493	3,86 (0,19 - 76,74)	9 (69,2%)	0.835	-
Não utiliza	31 (88,6%)		-	25 (71,4%)		1,11 (0,28 - 4,45)
Bloqueadores do canal de cálcio						
Utiliza	11 (91,7%)	1.000	1,00 (0,09 - 10,63)	11 (91,7%)	0.142	6,22 (0,72 - 53,76)
Não utiliza	33 (91,7%)		-	23 (63,9%)		-
Inibidores da ECA						
Utiliza	13 (86,7%)	0.778		10 (66,7%)	0.932	-
Não utiliza	31 (93,9%)		2,38 (0,30 - 18,79)	24 (72,7%)		1,33 (0,36 - 4,99)
Bloqueadores do receptor de AT1						
Utiliza	16 (94,1%)	0.928	1,71 (0,16 - 17,89)	9 (52,9%)	0.043	-
Não utiliza	28 (90,3%)	-	-	25 (80,6%)		3,70 (1,01 - 13,65)

*OR (IC 95%): *odds ratio* com intervalo de confiança de 95%.

Quando indagados quanto ao controle da HAS, os indivíduos que responderam que acreditavam que sua PA estava controlada tiveram uma chance 10,00 (1,09-91,44) vezes maior de aderir ao tratamento medicamentoso da HAS em relação aos que acreditavam que sua PA não estava controlada. Enquanto 95,4% dos indivíduos que acreditavam que sua PA estava controlada aderiram ao tratamento medicamentoso da HAS, apenas 66,7% dos indivíduos que acreditavam que sua PA não estava controlada aderiram ao tratamento medicamentoso. Houve diferença estatisticamente significante (p = 0,041) e associação entre o controle da PA [OR = 10,00 (1,09-91,44)]. Quanto à atitude frente à tomada de remédio, os indivíduos que acreditavam que sua PA estava controlada tiveram uma chance 6,40 (1,02-40,30) vezes maior de apresentar atitude positiva frente à tomada de remédio em relação aos que acreditavam que sua PA não estava controlada. Enquanto 76,2% dos indivíduos que acreditavam que sua PA estava controlada tiveram atitude positiva frente à tomada de remédio, apenas 33,3% dos que acreditavam que sua PA não estava controlada apresentaram a mesma atitude. Houve diferença estatisticamente significante (p = 0,030) e associação entre o controle da PA [OR = 6,40 (1,02-40,30)] (Tabela 19).

Quanto à necessidade de mudança da rotina de vida após o diagnóstico de HAS e início do tratamento medicamentoso, os indivíduos que referiram não ter realizado mudanças na rotina de vida tiveram uma chance 13,33 (1,36-130,92) vezes maior de aderir ao tratamento medicamentoso da HAS em relação aos que tiveram de realizar alguma mudança na rotina de vida. Enquanto 95,2% dos indivíduos que não realizaram mudança na rotina de vida foram aderentes ao tratamento medicamentoso da HAS, apenas 60,0% dos indivíduos que realizaram mudanças na rotina de vida aderiram ao tratamento medicamentoso. Houve diferença estatisticamente significante (p=0,007) e associação entre aos indivíduos que realizaram mudança na rotina de vida e os que não realizaram mudança na rotina de vida [OR = 13,33 (1,36-130,92)] (Tabela 19).

Quando indagados quanto à motivação do médico que realizava o acompanhamento da doença HAS, identificamos que aqueles que se sentiam motivados pelo médico tiveram uma chance 5,74 (1,14-28,79) vezes maior de apresentar atitude positiva frente à tomada de remédio em relação aos que referiram não se sentir motivados pelo mesmo. Enquanto 77,5% dos que referiram se sentir motivados pelo médico apresentaram atitude positiva frente à tomada de remédio,

apenas 37,5% dos que referiram não se sentir motivados pelo médico apresentaram a mesma atitude. Houve diferença estatisticamente significante (p=0,023) e associação entre a motivação do médico [OR = 5,74 (1,14-28,79)] (Tabela 19).

Quando indagados se já se recusaram a tomar algum remédio prescrito para o controle da HAS, os indivíduos que referiram não ter recusado a tomar nenhum remédio prescrito para o controle da HAS tiveram uma chance 63,00 (4,36-910,66) vezes maior de aderir ao tratamento medicamentoso da HAS em relação ao que referiram já ter recusado algum remédio prescrito para o controle da HAS. Enquanto 97,7% dos indivíduos que referiram não ter se recusado a tomar nenhum remédio prescrito para o controle da HAS aderiram ao tratamento medicamentoso da HAS, apenas 40% dos que referiram já ter recusado algum remédio prescrito para o controle da HAS foram aderentes ao tratamento. Houve diferença estatisticamente significativa (p<0,001) e associação entre a recusa [OR = 63,00 (4,36-910,66)] (Tabela 19).

Tabela 19 - Prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso da HAS e atitude frente à tomada de remédio, segundo as variáveis relacionadas à terapia medicamentosa. Campinas, São Paulo, 2009

Variáveis relacionadas à terapêutica medicamentosa	MAT Aderentes (%)	Valor-p	OR (IC 95%)*	IAAFTR Aderentes (%)	Valor-p	OR (IC 95%)*
Sua HAS está controlada?						
Sim	40 (95,4%)	0.041	10,00 (1,09 - 91,44)	32 (76,2%)	0.030	6,40 (1,02 - 40,30)
Não	4 (66,7%)		-	2 (33,3%)		-
Houve necessidade de mudar a rotina?						
Sim	3 (60,0%)	0.007	-	4 (80,0%)	0.902	1,60 (0,16 - 15,82)
Não	40 (95,2%)		13,33 (1,36 - 130,92)	30 (71,4%)		-
Sente-se motivado pelo médico?						
Sim	36 (90,0%)	0.815	-	31 (77,5%)	0.023	5,74 (1,14 - 28,79)
Não	8 (100,0%)		2,09 (0,10 - 42,76)	3 (37,5%)		-
Já recusou a tomar um remédio prescrito para a HAS?						
Sim	2 (40,0%)	< 0,001	-	2 (40,0%)	0.279	-
Não	42 (97,7%)		63,00 (4,36 - 910,66)	32 (74,4%)		4,36 (0,64 - 29,64)

*OR (IC 95%): *odds ratio* com intervalo de confiança de 95%.

5. DISCUSSÃO

A discussão dos dados obedecerá à mesma sequência da apresentação dos resultados. Primeiramente serão discutidas as variáveis sociodemográficas, clínicas e relacionadas à terapêutica medicamentosa dos portadores de HAS. A seguir, as relacionadas à adesão terapêutica medicamentosa para o controle da HAS, as facilidades e/ou dificuldades enfrentadas pelos portadores de HAS na utilização dos medicamentos prescritos para a HAS e, por fim, a associação das principais dificuldades e ou/facilidades com a adesão ao tratamento medicamentoso para controle da HAS.

5.1 Caracterização das variáveis sociodemográficas, clínicas e relacionadas à terapêutica medicamentosa da população do estudo

Em relação ao sexo, dos 48 (100%) indivíduos portadores de HAS estudados, 79,2% eram do sexo masculino. É interessante observar que, em vários estudos realizados com portadores de hipertensão arterial, houve uma maior frequência de pessoas do sexo feminino em sua caracterização (BOSWORTH et al., 2008; KROUSEL-WOOD et al., 2008; LACHAINE et al., 2008; OGEDEGBE; SCHOENTHALER; FERNANDEZ, 2007).

Estudo realizado com 200 pacientes portadores de hipertensão arterial quanto ao impacto da prática educativa na adesão ao tratamento da HAS em Karachi, Inglaterra, mostrou o predomínio do sexo feminino em 62,5% dos indivíduos investigados (QURESHI et al., 2007).

Outros estudos também encontraram predomínio de pessoas do sexo masculino na caracterização de suas amostras como Shah et al. (2007) com 54% e Mizuno et al. (2008) com 59,5%, porém em uma proporção menor à encontrada em nosso estudo.

No que se refere à idade, obteve-se que ela variou entre 19 e 90 anos, com mediana de 70,5 anos. A idade pode ser uma barreira para a adesão ao tratamento em indivíduos com uma ou mais condições crônicas de saúde. Com o avanço da idade, ocorrem alterações cognitivas e funcionais, o que pode interferir diretamente na capacidade de compreensão das informações recebidas acerca da

doença, na mobilidade física, na capacidade para autocuidado e na adequada utilização de medicamentos prescritos (DAMASCENO, 2005).

Se considerarmos que a maioria dos sujeitos estudados apresentava idade superior a 60 anos e que a idade é uma variável importante, necessário se faz reforçar a importância da elaboração de um programa educativo com estratégias de aprendizagem de adultos. Nesse sentido, a constituição de uma equipe multiprofissional em serviços de saúde pode ajudar na busca de estratégias efetivas para atender à demanda e às especificidades de pessoas portadoras de HAS adultas e idosas no cumprimento do plano terapêutico instituído (FARIA, 2008).

Quanto ao estado civil, encontrou-se que 70,8% dos indivíduos eram casados. Esse dado está em concordância com a literatura, segundo o qual a prevalência de indivíduos portadores de HAS casados foi de 64,0% e 58,2% como apontam os estudos realizados por de Souza et al. (2007) e Gohar et al. (2008), respectivamente.

Em relação à escolaridade, 97,9% dos sujeitos entrevistados eram alfabetizados, sendo que 25% apresentaram nível superior completo. Estes achados mostram que o estudo foi realizado com uma população diferenciada quanto à escolaridade, ao comparar com outros estudos (FONGWA et al., 2008; WONG et al., 2005). O desenvolvimento da HAS independe da escolaridade e pode acometer pessoas de todos os níveis socioeconômicos, mas a baixa escolaridade pode levar o paciente à não adesão à terapêutica medicamentosa devido à dificuldade para ler e compreender a prescrição médica, aumentando, assim, os riscos para a saúde. Reconhece-se, portanto, que a escolaridade é um fator que deve ser considerado na proposição de programas educativos (FARIA, 2008).

Os resultados em relação à escolaridade, no presente estudo, estão de acordo com o estudo realizado por Heisler et al. (2004). Esse autor, ao investigar os efeitos causados pela restrição, devido ao custo, na utilização de medicamentos em pacientes com doenças crônicas, encontrou que eles tinham em média 10,5 anos de estudo e 12,1 para aqueles que não apresentaram restrições. Cabe ressaltar que, embora, no estudo de Heisler et al. (2004), a população também fosse diferenciada quanto à escolaridade, verificou-se que a população que restringiu a utilização de medicamentos devido ao custo apresentou menor média de anos de estudo.

Em relação à ocupação, 64,6% dos indivíduos eram aposentados. Esse fato pode ser atribuído à mediana da idade no estudo (70,5 anos). Não houve

diferença estatisticamente significante entre a ocupação e o grau de adesão. Garcia (2003) encontrou em seu estudo associação entre ocupação e grau de adesão, sendo que a categoria aposentados/desempregados apresentou maior grau de adesão que a categoria trabalhador autônomo/trabalhador com vínculo empregatício/do lar. Ramalhinho (1994) encontrou resultado semelhante, salientando que podemos ser levados a pensar que os pacientes que têm mais tempo livre se preocupam mais com a doença e com a terapêutica que os que trabalham e têm dificuldade de integrar o tratamento às atividades diárias.

No que se refere à renda familiar, obteve-se uma renda familiar de R$ 900,00 a R$ 30.000,00, com mediana de R$ 4.000,00. Esses resultados mostraram discrepância quando comparados a outros estudos realizados tanto no Brasil como em outros países, onde a maioria mostra uma renda familiar bastante inferior à encontrada neste estudo, tal achado pode estar relacionado ao local de coleta dos dados, visto se tratar de um hospital privado (DE SOUZA et al., 2007).

Estudo realizado em Blumenau SC, com 595 indivíduos portadores de HAS atendidos em unidades de saúde da família com o objetivo de estimar a prevalência e a associação de fatores de risco à não adesão ao tratamento farmacológico, mostrou que 49,6% dos indivíduos estudados apresentaram renda familiar menor que um salário mínimo (HELENA, 2007).

Quanto às comorbidades, 52,1% referiram cardiopatia, 45,8%, colesterol alto e 35,4%, DM. Estudo baseado em dados do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), coletados em 2006 nas capitais brasileiras e Distrito Federal, com o objetivo de estimar a frequência de hipertensão arterial sistêmica autorreferida e fatores associados, observou que a frequência de HAS foi maior entre indivíduos que relataram diagnóstico de DM e dislipidemia (FERREIRA et al., 2009).

Estudo realizado por Kressin et al. (2007) mostrou que, entre os 333 indivíduos brancos estudados, 48,7% apresentaram DM, 69,1%, dislipidemia e 52,9%, DAC.

Gus et al. (2004) detectaram maior prevalência de hipercolesterolemia (38,4%) e DM (9,6%) entre os portadores de HAS do que entre indivíduos com níveis pressóricos normais, salientando a importância do controle desses fatores, além da própria HAS.

Em relação ao IMC, 56,3% dos indivíduos apresentaram sobrepeso e

29,2%, obesidade, e à RCQ, 93,8% dos indivíduos apresentaram valores elevados da mesma.

Estudo transversal com amostra de funcionários (N=1.584), entre 18 e 64 anos de idade, de hospital geral privado do município de São Paulo, com o objetivo de avaliar a importância relativa do IMC e da circunferência abdominal na determinação da hipertensão arterial em adultos encontrou que 52,5% dos homens e 35,3% das mulheres apresentaram IMC ≥ 25 Kg/m^2. Tanto o IMC quanto a circunferência abdominal se associaram positiva e independentemente com a ocorrência de hipertensão arterial, sendo superior a influência exercida pelo IMC em homens. O incremento dos depósitos de gordura aumenta o risco da doença, seja na região abdominal ou em outras regiões do corpo (SARNO; MONTEIRO, 2007).

A obesidade constitui provavelmente o maior fator de risco para o desenvolvimento da HAS (GUS; FUCHS, 1995; SABRY; SAMPAIO; SILVA, 2002) e é um forte preditor de vários fatores de risco para as doenças cardíacas, incluindo a resistência à insulina, a dislipidemia e a HAS (RIBEIRO; ZANELLA, 2000).

Estudo realizado por Jardim et al. (2007) cujo objetivo foi estimar a prevalência da hipertensão arterial e de alguns fatores de risco cardiovasculares, na população adulta de uma capital brasileira, encontrou, a exemplo de outros estudos, uma correlação positiva entre a circunferência da cintura e a HAS. Esse achado identifica uma medida simples, de baixo custo e fácil aplicabilidade, como importante marcador para a HAS, e indica mais um caminho a seguir, com o incentivo para a adoção da medida da CC como rotina em todos os atendimentos à saúde e a adoção de atitudes preventivas precoces nos casos em que valores discrepantes foram encontrados.

Em relação à terapia medicamentosa, 66,7% utilizavam apenas um medicamento para controle da PA e não houve diferença estatisticamente significante na taxa de adesão entre as diferentes classes de medicamentos utilizados para o controle da PA.

Em pesquisa que buscou estudar a relação do estilo de vida e adesão, foi encontrado que a adesão tendeu a ser menor em pacientes que tomam dois ou mais medicamentos e não foi diferente em relação ao tipo da medicação em uso (MIZUNO et al., 2008). Esses resultados corroboram com os achados de nosso estudo.

5.2 Adesão do portador de HAS à terapêutica medicamentosa para o controle da HAS

As condições crônicas de saúde, em especial a HAS, representam um grande desafio aos profissionais de saúde. Em particular, em relação à terapêutica medicamentosa, os desafios referem-se desde a compreensão até a manutenção da terapia instituída (FARIA, 2008).

Apesar do grande desenvolvimento farmacológico e das estratégias de cuidado aos portadores de HAS, o controle da HAS em termos epidemiológicos ainda não é adequado, e a redução da morbidade e da mortalidade de suas complicações não atingiu os índices desejados, sendo a não adesão ao tratamento considerada uma das principais causas de insucesso (FARIA, 2008).

No presente estudo, ao se investigar a adesão ao tratamento medicamentoso para controle da HAS, obteve-se uma prevalência de adesão de 91,7%. Quanto à atitude frente à tomada de remédio, 70,8% apresentaram atitude positiva. Houve uma concordância fraca entre adesão e atitude.

A adesão ao tratamento pode ser caracterizada pelo grau de coincidência entre a prescrição médica e o comportamento do paciente (NOBRE; PIERIN; MION JUNIOR, 2001). Há falta de um consenso-padrão sobre o que constitui uma adesão adequada. Alguns autores consideram desejada uma prevalência maior de 80% de adesão (LEITE; VASCONCELLOS, 2003; RUDD et al., 1988).

Um dos métodos mais utilizados para medir adesão é a entrevista estruturada, por sua aplicação mais acessível e de menor custo. O maior problema apontado para esse método é a superestimativa da adesão, pois mais de uma vez o paciente pode esconder do entrevistador ou do médico a forma como realizou o tratamento na realidade (MILSTEIN-MOSCATI; PERSANO; CASTRO, 2000).

Existem poucos estudos no Brasil e no mundo que descrevem índices de adesão entre os portadores de hipertensão arterial. Os estudos muitas vezes não são comparáveis, por abordar diferentes perfis de indivíduos e utilizar diferentes métodos para identificar a adesão. Nos últimos anos, a adesão terapêutica tornou-se um dos maiores problemas enfrentados na prática médica pela sua complexidade. Cerca de 40% a 60% dos pacientes não fazem uso da medicação prescrita (HIGGINS; REGAN, 2004). Essa porcentagem aumenta quando a falta de adesão

relaciona-se a itens como estilo de vida, ressaltando-se dieta, sedentarismo, tabagismo, etilismo, entre outros fatores (BÉRIA, 1996).

Estudo descritivo, realizado com 68 portadores de hipertensão arterial em um Grupo de Hipertensão Arterial do Hospital-Escola da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – SP, mostrou que 86,93% dos indivíduos foram caracterizados como não aderentes ao tratamento medicamentoso (DOSSE et al., 2009).

Outro estudo transversal analisou as razões que levavam os pacientes à interrupção do tratamento para hipertensão arterial. Foram entrevistados 401 pacientes em diferentes centros do estado da Bahia e as maiores razões observadas, que levaram a não adesão, foram: a normalização da pressão arterial, efeitos colaterais da medicação, esquecimento de tomar as medicações, custo das medicações, medo de misturar medicamentos e bebidas alcoólicas, desconhecimento da necessidade de continuidade do tratamento, uso de tratamentos alternativos, medo de intoxicação, medo de hipotensão e medo de misturar a medicação anti-hipertensiva com outras drogas (ANDRADE et al., 2002).

Atualmente, constatam-se inúmeros esforços dos pesquisadores e dos profissionais de saúde para a compreensão da falta de adesão ao tratamento medicamentoso, mas esse é um desafio ainda a ser alcançado, pois os mecanismos envolvidos no comportamento dos indivíduos são complexos. É preciso aprofundar os estudos acerca dessa temática para compreender quais são os comportamentos facilitadores e/ou dificultadores imbricados na adesão à terapêutica medicamentosa (FARIA, 2008).

Acredita-se que vários fatores exercem influências no processo de adesão ao tratamento medicamentoso. Dentre os fatores, discutiremos, primeiramente, a acessibilidade aos medicamentos para o controle da HAS e, na sequência, os fatores relacionados ao paciente, à relação profissional/paciente, ao esquema terapêutico e à doença propriamente dita.

5.3 Facilitadores e/ou dificultadores enfrentados pelos portadores de HAS para a adesão à terapêutica medicamentosa para o controle da HAS

A razão do fracasso terapêutico representa um grande desafio para os profissionais de saúde. Tanto os profissionais como os pacientes, frequentemente, discordam quanto à sua responsabilidade. Em geral, os profissionais de saúde atribuem o fracasso terapêutico ao paciente devido à falta de adesão ao tratamento prescrito. Por outro lado, os pacientes atribuem a HAS à ineficácia do tratamento proposto.

Nesse contexto, constata-se que há falta de conhecimento por parte dos profissionais de saúde e dos pacientes acerca dos fatores que interferem na adesão ao tratamento e, consequentemente, no controle da doença. Os profissionais de saúde, ao atribuírem ao paciente a falta de adesão ao tratamento medicamentoso, levam em consideração apenas os fatores que se relacionam ao paciente, não aqueles relacionados à acessibilidade ao medicamento prescrito, ao esquema terapêutico, à relação profissional-paciente e à própria doença. Por outro lado, também, os pacientes levam em consideração apenas os fatores relacionados ao esquema terapêutico.

5.3.1 Fatores relacionados à acessibilidade aos medicamentos para o controle da HAS

No que se refere à obtenção dos medicamentos, a maioria (89,6%) referiu não ter dificuldade para a aquisição, e apenas 10,4% referiram dificuldades financeiras.

Segundo Leite e Vasconcellos (2003), o acesso ao medicamento, no Brasil, é um problema crucial e representa um entrave para a adesão ao tratamento medicamentoso e deve constituir objeto de investigação.

A acessibilidade ao medicamento engloba a existência de medicamentos desenvolvidos e comercializados para diferentes fins, a disponibilidade do medicamento nos serviços de saúde, principalmente na área adstrita do paciente, e a disponibilidade do medicamento, independente dos recursos financeiros do

paciente (GICK; FARIAS, 2005).

Um estudo realizado por Heisler et al. (2004), em pacientes com condição crônica de saúde, incluindo a HAS, mostrou que 32,1% dos pacientes restringiram o uso do medicamento, também, devido ao custo. Esses pacientes apresentam quase o dobro de chance de um declínio significativo na saúde em dois anos de seguimento, e naqueles com problemas cardiovasculares apresentaram 50% de chance de sofrer de angina, IAM e AVC. Esse estudo foi o primeiro a mostrar os danos causados pela restrição do medicamento, relacionados aos problemas financeiros.

Estudo realizado por Mion Junior e Pierin (1996), com portadores de hipertensão para identificar os fatores que contribuíam para que não tomassem os medicamentos, mostrou que, em relação aos medicamentos, 89% dos indivíduos referiram baixa adesão devido ao alto custo. Piette, Heisler e Wagner (2004) relataram que dois terços dos pacientes crônicos que não tomavam os medicamentos por falta de recursos financeiros não discutiam sobre este problema com seu médico.

Assim, os profissionais de saúde devem conhecer o custo dos medicamentos que prescrevem para o controle da HAS, questionar regularmente os pacientes quanto a possíveis dificuldades financeiras para a obtenção dos medicamentos prescritos, realizar mudanças no esquema terapêutico a fim de minimizar custos e conhecer programas de suporte assistencial para o encaminhamento dos pacientes (RUBIN, 2005).

Quanto ao local de obtenção do medicamento para o controle da HAS, 89,6% dos indivíduos obtêm os medicamentos por meio próprio e 10,4%, nas farmácias de rede pública.

Estudo realizado por Paiva, Bersusa e Escuder (2006) mostrou que 63,9% dos pacientes referiram gastos mensais com medicamentos para o controle do DM e da HAS e que apenas 37,8% deles recebiam o medicamento na rede básica de saúde. Esse estudo mostrou ainda que 57,8% dos pacientes não obtinham todo o medicamento de que necessitavam para o controle das doenças na rede básica de saúde. Desses, 83,8% afirmaram obtê-los por recursos próprios, 10,4% procuram em outras unidades de saúde e 5,4% aguardam o medicamento em sua própria unidade de saúde.

Quanto ao tempo despendido para chegar ao local da consulta com o

médico que realiza o tratamento medicamentoso da HAS, no presente estudo, obteve-se uma mediana de 20 minutos. O tempo gasto para chegar até o consultório médico está relacionado ao acesso ao atendimento médico e à assiduidade nas consultas. Este fato torna-se relevante, uma vez que a assiduidade está diretamente relacionada à adesão.

Estudo realizado com 245 indivíduos portadores de HAS em seguimento, na Unidade Clínica de Hipertensão do Hospital das Clínicas da FMRP/USP, mostrou que 90,9% dos indivíduos assíduos à consulta médica foram aderentes ao tratamento medicamentoso (COELHO et al., 2005).

Em resumo, o acesso ao medicamento é um dos fatores necessários para a prestação de assistência à saúde. Assim, o acesso aos medicamentos é essencial à saúde da população, constituindo-se no primeiro passo para a adesão à terapia medicamentosa e, consequentemente, para o sucesso da terapêutica estabelecida.

5.3.2 Fatores relacionados ao paciente para a adesão ao tratamento medicamentoso

Ao considerar que o acesso ao medicamento para controle da HAS está garantido, os fatores relacionados ao paciente, tais como sexo, idade, escolaridade, renda familiar, aceitabilidade do medicamento e apoio emocional, também devem ser considerados pelos profissionais de saúde.

Ao investigar a adesão ao tratamento em relação às variáveis sociodemográficas como sexo, idade, anos de estudo, ocupação e estado civil, obteve-se uma prevalência de adesão menor entre os homens (89,5%), os idosos (89,5%), sem escolaridade/alfabetizado (50%), aposentado (87,1%) e divorciados ou desquitados (50%).

Estudo realizado em nosso meio mostrou que homens tendem a ser menos aderentes ao tratamento (GIORGI, 1989). Alguns estudos têm mostrado que pessoas com mais de 60 anos aderem menos ao tratamento e apresentam pior controle da PA (HO et al., 2006; PIERIN et al., 2001; YIANNAKOPOULOU et al., 2005), e que pessoas não casadas apresentam níveis mais elevados de PA, associando essa elevação à possível falta de apoio familiar (PIERIN et al., 2001).

Em síntese, para os indivíduos investigados, houve diferença na prevalência de adesão em relação às variáveis sociodemográficas, mas, quando da

utilização dos testes estatísticos, não houve diferença estatisticamente significante.

Estudo realizado por Barbosa (2007) encontrou que características socioculturais como sexo, estado civil, ocupação e nível socioeconômico não tiveram influência na taxa de controle da PA e na adesão ao tratamento.

Além das características sociodemográficas, a questão da aceitabilidade do medicamento pelo paciente é outra variável que merece destaque, entre os 48 indivíduos investigados, 47,9% referiram aceitável, 31,3%, como indiferente e 8,3%, como bom tomar medicamento todos os dias. Quanto ao número de medicamentos prescritos e número de vezes utilizados ao dia, 60,4% e 39,6% referiram bom e indiferente, respectivamente.

O ato de tomar medicamento diariamente e várias vezes ao dia faz o paciente lembrar a todo o momento que é um doente crônico, o que pode desencadear um quadro de negação da doença e do tratamento prescrito e, até mesmo, levá-lo a deixar de tomar o medicamento para o controle da HAS (FARIA, 2008).

Outro ponto que deve ser considerado é que a HAS é uma doença progressiva e que, com o passar do tempo, ajustes na terapêutica medicamentosa podem se fazer necessários, tais como aumento da dose do medicamento ou a introdução de um novo medicamento para a obtenção do controle da PA. Para aqueles indivíduos que referiram indiferença ao fato de terem de tomar medicamento todos os dias e até várias vezes ao dia, a chance de abandono ao tratamento aumenta com o passar dos anos (FARIA, 2008).

No que se refere ao apoio social, família e/ou amigos para o cumprimento da terapia medicamentosa para o controle da PA, 83,3% dos indivíduos referiram sentir-se apoiados.

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003) acredita que o apoio social, principalmente do suporte familiar, interfere diretamente na adesão dos pacientes ao tratamento medicamentoso para o controle da PA, principalmente na população adulta e entre os adolescentes.

Estudo realizado por Teixeira et al. (2007) mostrou que 72,7% dos pacientes buscam apoio na família e 12%, nos amigos.

Assim, a atenção em saúde e educação a um membro da família pode favorecer na redução de riscos para o paciente e familiares. A participação do familiar no processo educativo contribui para o seguimento no tratamento, à medida

que se coloca como fonte de apoio emocional nos momentos em que o portador de HAS se sente impotente diante dos desafios advindos da doença (FARIA, 2008).

Após a avaliação dos fatores relacionados ao paciente na adesão à terapia medicamentosa, discutiremos, a seguir, os referentes ao relacionamento entre portador de HAS e o profissional de saúde durante seu seguimento.

5.3.3 Fatores relacionados à interação profissional-portador de HAS para a adesão ao tratamento medicamentoso

O relacionamento entre o portador de HAS e os profissionais de saúde é um aspecto fundamental para a educação em HAS e, consequentemente, para a adesão do paciente à terapia medicamentosa. As informações fornecidas, a participação na escolha do tratamento, a sensibilidade do médico, o tempo dispensado ao atendimento e a comunicação verbal e não verbal merecem especial atenção (FARIA, 2008).

O relacionamento que se estabelece entre o profissional de saúde e o paciente constitui base de sustentação para a efetividade do sucesso do tratamento (NOBRE; PIERIN; MION JUNIOR, 2001).

No presente estudo, 68,8% dos indivíduos referiram ter recebido informações acerca da HAS. Quanto à qualidade da informação, 20,8% deles demonstraram-se satisfeitos. Quanto à medicação prescrita, 62,5% referiram não ter recebido nenhuma informação sobre a mesma. Dos que receberam informação sobre a medicação prescrita, apenas 33,2% ficaram satisfeitos com a qualidade da mesma.

Todas as informações foram cedidas pelo profissional médico. Cabe ressaltar que todos os indivíduos estudados fazem acompanhamento da HAS no consultório médico, o que explica a origem das informações. Este dado corrobora com o encontrado no estudo de Guimarães e Takayanagui (2002).

Em relação à adesão ao tratamento medicamentoso para o controle da HAS, os indivíduos que referiram ter recebido informações acerca da doença e informações específicas em relação ao medicamento prescrito para a HAS apresentaram maior prevalência da adesão à terapia medicamentosa, 92,3% e 93,7% respectivamente, quando comparados àqueles que não receberam informações. Esta diferença não foi estatisticamente significante.

Frequentemente os pacientes tomam decisões de usar ou não um medicamento, baseando-se nas informações recebidas acerca dele (HORNE; WEINMAN, 1999).

Dentre os fatores que podem influenciar a adesão à terapêutica medicamentosa, talvez o mais comum e o mais estudado seja o conhecimento do paciente acerca do regime terapêutico. Por outro lado, constata-se que o conhecimento do paciente acerca do seu tratamento é raramente investigado pelos profissionais de saúde na prática clínica (RUBIN, 2005).

Por ser a HAS uma doença crônica e assintomática, fica difícil, muitas vezes, para o portador da HAS compreender, em curto prazo, os benefícios futuros obtidos com o uso dos medicamentos e acreditar neles. Portanto, há necessidade de uma permanente supervisão pelo profissional de saúde. Cabe destacar que a adesão ocorre durante o processo de educação do portador de HAS, o que é lento e árduo (FARIA, 2008).

Quanto à participação dos portadores de HAS na escolha do medicamento prescrito, 81,3% referiram não ter participado, sendo que, 77,1% referiram não interferir na utilização dos medicamentos prescritos. Cabe ressaltar que 16,7% referiram participação na escolha do medicamento prescrito e afirmaram que a sua participação facilitou o uso do medicamento para controle da HAS. Em relação à adesão ao tratamento, a prevalência de adesão foi menor (89,7%) entre os que não opinaram na escolha do medicamento, embora o teste estatístico não tenha evidenciado diferença significante.

Quando o profissional de saúde traça o plano terapêutico e considera a opinião do paciente, ele se sente mais motivado, e suas crenças se sobrepõem às preocupações acerca do medicamento prescrito, o que acarreta uma maior adesão ao tratamento proposto. Nesse contexto, os profissionais de saúde devem considerar a opinião dos pacientes na escolha do regime terapêutico, mesmo que a decisão tomada pelo paciente seja diferente da escolha que o profissional da saúde julga como sendo a melhor (RYAN, 1999).

Prescrever um medicamento sem levar em consideração a opinião do paciente poderá contribuir para que ele abandone o tratamento prescrito. A prescrição deve ser negociada entre médico e paciente. Os benefícios esperados no tratamento da HAS, por ser uma doença insidiosa e silenciosa, são, na maioria, de longo prazo. Os profissionais de saúde, ao considerarem a opinião dos pacientes na

escolha do tratamento medicamentoso para o controle da PA, possibilitarão um maior envolvimento e interesse dos pacientes no seu tratamento. Essa relação melhora a confiança do paciente no profissional que o acompanha, o que pode levar a uma melhor adesão ao tratamento medicamentoso instituído (FARIA, 2008).

Quanto à confiança e segurança em relação às informações recebidas, 33,3% dos sujeitos sentem-se seguros, 95,8% confiam no profissional médico que os acompanha, 83,3% sentem-se acolhidos e/ou motivados para o cumprimento da terapêutica medicamentosa prescrita e 79,2% apresentam-se satisfeitos em relação ao tempo dispensado e frequência das consultas médicas. Esses achados corroboram com o estudo de Faria (2008).

A satisfação dos pacientes com o tratamento medicamentoso prescrito, bem como com o médico que o acompanha, faz com que eles retornem com maior frequência às consultas médicas e tenham maior adesão ao tratamento medicamentoso e melhor capacidade de autocuidado. Desse modo, os profissionais de saúde devem reconhecer o impacto de suas atitudes frente aos portadores de HAS, a fim de favorecer uma comunicação mais eficiente (RUBIN, 2005).

Ao investigar se os indivíduos foram informados sobre as complicações que podem aparecer decorrentes da não adesão ao tratamento medicamentoso, 68,8% afirmaram ter recebido tais informações e que estas contribuíram para a realização do tratamento.

A comunicação, a confiança, a linguagem, o respeito nas verbalizações e os questionamentos ao paciente, o acolhimento e a motivação para o cumprimento do tratamento medicamentoso são fatores decisivos para a adesão do portador de HAS à terapêutica medicamentosa prescrita. As informações acerca dos riscos de desenvolver uma complicação da HAS devem ser introduzidas durante o processo educativo. O portador de HAS precisa conhecer as complicações desencadeadas pelo mau controle da PA e como evitá-las (FARIA, 2008).

Após a avaliação dos fatores relacionados à relação profissional-portador de HAS na adesão à terapia medicamentosa, discutiremos, a seguir, os fatores relacionados ao esquema terapêutico.

5.3.4 Fatores relacionados ao esquema terapêutico para a adesão ao tratamento medicamentoso

Quanto ao tipo de tratamento realizado para controle da HAS, 60,4% referiram apenas o uso de medicamento para controle da HAS, ou seja, a maioria não associa atividade física e dieta ao tratamento da HAS. Segundo Souza (2004), a adoção de um estilo de vida saudável está intimamente relacionada à melhora da qualidade de vida e interfere de forma positiva no controle dos fatores de risco cardiovascular. Contraditoriamente a tantas evidências de benefícios relacionados à atividade física regular, o que se observa é uma elevada prevalência de sedentarismo, assim como de obesidade, intolerância à glicose, dislipidemias, ou seja, fatores comumente associados à hipertensão.

A necessidade de mudança na rotina de vida diária imposta pelo tratamento, a utilização de medicação para outras comorbidades, e a presença de possíveis efeitos colaterais influenciam a adesão do portador de HAS à terapêutica medicamentosa prescrita.

Quanto à necessidade de mudança na rotina de vida diária, após introduzir o medicamento para controle da PA, 87,5% dos indivíduos não referiram mudanças e 10,4% referiram alguma mudança. Dos que referiram mudanças na rotina de vida diária, 80% referiram que estas mudanças facilitaram o uso do medicamento prescrito para o controle da HAS. Assim, a prevalência de adesão foi maior (95,2%) nos indivíduos que negaram a necessidade de mudanças do que naqueles que a referiram (60%), sendo esta diferença estatisticamente significante ($p = 0,007$).

A introdução de medicamentos para controle da PA muitas vezes requer que o portador de HAS faça adequações e mudanças de alguns de seus hábitos de vida como alimentação e atividade física, o que pode interferir na adesão ao tratamento medicamentoso proposto.

No que se refere à presença de efeitos colaterais, 85,4% dos indivíduos não referiram efeitos colaterais relacionados aos medicamentos para controle da PA. Em contrapartida, os indivíduos que apresentaram efeitos colaterais tiveram uma taxa de adesão maior (100%) quando comparados aos que não apresentaram o mesmo efeito (90,2%), não tendo sido encontrada diferença estatisticamente significante.

Esse achado contradiz a maioria dos estudos, como, por exemplo, o

estudo que analisou as razões que levavam os pacientes à interrupção do tratamento para a HAS que identificou a presença de efeitos colaterais entre as maiores razões observadas (ANDRADE et al., 2002).

É importante citar que a presença de efeitos colaterais causados pela terapia medicamentosa é um entrave para a adesão, o que pode ser chamado de efeito protetor da não adesão, que seria uma não adesão inteligente à terapêutica (MILSTEIN-MOSCATI; PERSANO; CASTRO, 2000).

Assim, o profissional de saúde deve orientar os portadores de HAS sobre os possíveis efeitos colaterais dos medicamentos e sobre a importância do seguimento do tratamento medicamentoso para o bom controle da PA, favorecendo assim uma maior adesão ao tratamento medicamentoso prescrito. Neste aspecto, destaca-se a importância da participação do enfermeiro que, por meio da consulta de enfermagem, possibilita identificar as lacunas de conhecimento para atuação.

Quando questionados se já se recusaram a tomar algum medicamento prescrito pelo médico para controle da PA, os que referiram nunca ter recusado um medicamento (89,6%) apresentaram uma taxa de adesão maior (97,7%) quando comparados com aqueles que já recusaram algum medicamento (40%), sendo esta diferença estatisticamente significante ($p < 0,001$).

A recusa na tomada de medicamentos para controle da HAS interfere diretamente na adesão e está relacionada à não participação dos portadores de HAS na escolha de seu tratamento, acarretando o desconhecimento quanto ao esquema terapêutico.

Ao considerar o uso de medicamento contínuo para tratamento de outras doenças, os que referiram fazer uso de outra medicação (83,3%) apresentaram taxa de adesão menor (90%) que quando comparados aos que não utilizavam outra medicação (100%). Pode-se inferir que houve influência da presença de outra medicação de uso contínuo sobre a adesão do portador de HAS à terapêutica medicamentosa, embora esta associação não tenha sido estatisticamente significante.

Vários estudos referem que o número de comprimidos que o indivíduo utiliza diariamente exerce influência na adesão ao tratamento medicamentoso (DAILEY; KIM; LIAN, 2001; WHO, 2003).

Um estudo de revisão encontrou que cerca de 30% dos idosos consumiam cinco ou mais medicamentos e que os mais utilizados são os de ação

cardiovascular, sendo os utilizados para controle da PA os que ocupam o topo da lista (ROZENFELD, 2003).

Os fatores relacionados ao paciente, à relação profissional-portador de HAS e ao esquema terapêutico ainda não são suficientes para explicar as causas da baixa adesão ao tratamento medicamentoso da HAS. Assim, discutiremos a seguir os fatores relacionados à doença, que também exercem influência na adesão.

5.3.5 Fatores relacionados à doença para a adesão ao tratamento

Em relação à doença, várias barreiras podem interferir na adesão ao tratamento medicamentoso para a HAS com destaque para a cronicidade, o controle e o conhecimento que o portador de HAS possui acerca da enfermidade.

Em relação aos valores de PA, 4,2% apresentaram PA ≥ 140X90 mmHg, 29,2%, PAS ≥ 140 mmHg e 10,4%, PAD ≥ 90 mmHg, ou seja, 43,8% dos indivíduos apresentaram valores alterados de PA. Vários estudos realizados no Brasil também encontraram níveis elevados de PA, nos pacientes em tratamento, corroborando com os achados do nosso estudo (COLOMBO, 1995; SIMÃO, 2001; STRELEC; PIERIN; MION JÚNIOR, 2003; TRINDADE et al., 1998).

Um estudo de coorte prospectivo, realizado com 299 indivíduos internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital terciário de Salvador, Bahia, encontrou que 78% dos indivíduos apresentaram HAS (LATADO et al., 2006).

A hipertensão arterial sistólica isolada (HASI) é um quadro tipicamente apresentado por idosos, sendo mais prevalente entre 65 e 89 anos e parece estar mais associada a eventos cardiovasculares (WILKINGS et al., 1988), devido às alterações associadas ao envelhecimento, o que torna difícil delimitar esse processo normal da HAS como entidade fisiológica distinta (BRASIL, 1993; MORIGUTTI et al., 2001).

Cesarino (2000) indica que o controle da PA em níveis abaixo de 140X90 mmHg proporciona redução de mortalidade e morbidade atribuídas à HAS, tendo um decréscimo de 53% no número de indivíduos acometidos por DACs e aumento na expectativa de vida de aproximadamente 60%.

Quanto ao controle da PA, a prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso foi de 90,3% para os indivíduos com PA < 140X90 mmHg e de 100% nos indivíduos com PA ≥ 140X90 mmHg. Não foram encontradas diferenças

estatisticamente significativas entre valor de PA e adesão ao tratamento. Resultado semelhante foi encontrado em pesquisa que avaliou a relação entre adesão à medicação e controle da PA, por meio de pillboxes eletrônicos (ZELLER; SCHROEDER; PETERS, 2007).

Quando os portadores de HAS apresentarem os valores da PA alterados, os profissionais de saúde devem questionar os mesmos quanto à adesão ao tratamento medicamento ao invés de simplesmente aumentar a dose do medicamento prescrito, adicionar a ele outro medicamento ou até mesmo trocá-lo por outro.

Quanto ao tempo de diagnóstico da HAS, encontrou-se que a mediana foi de 10 anos, sendo que 68,8% dos indivíduos referiram um tempo > 10 anos de diagnóstico da HAS. Esses resultados estão relacionados à idade dos indivíduos onde a mediana foi de 70,5 anos. Ao considerar a população de portadores de HAS, é importante ressaltar a dificuldade em se determinar, com exatidão, a duração da HAS pelo período assintomático antes do diagnóstico.

Estudo realizado em Kingston, Ontário, com 50 indivíduos portadores de HAS com o objetivo de comparar o controle da pressão arterial, satisfação e adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com HAS acompanhados de sua família, a cada três meses ou a cada seis meses por três anos, encontrou que 27,5% dos indivíduos acompanhados tinham diagnóstico de HAS há mais de 10 anos, sendo a mediana da idade de 55,6 anos (BIRTWHISTLE et al., 2004).

No presente estudo, a prevalência de adesão em portadores de HAS com mais de 20 anos de diagnóstico foi de 75%. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre adesão e tempo de diagnóstico da HAS.

Esses achados corroboram com o estudo de Mizuno et al. (2008) que encontrou que os pacientes com 10 anos ou mais de diagnóstico da HAS apresentam uma taxa de adesão menor que os pacientes com menos de 10 anos de diagnóstico, apesar de não ter encontrado diferença estatisticamente significante.

A diminuição da adesão com o passar dos anos é preocupante, uma vez que a HAS é uma doença silenciosa e progressiva, e as chances de complicações crônicas decorrentes do mau controle da PA tendem também a aumentar com o passar dos anos. Assim, faz-se necessário implementar estratégias para a educação dos portadores de HAS quanto aos riscos da não adesão ao tratamento medicamentoso em longo prazo, uma vez que a HAS, além de aumentar a cada ano,

tem sido diagnosticada em indivíduos cada vez mais jovens, que terão muitos anos para conviver com a doença (FARIA, 2008).

Quanto ao conhecimento que o portador de HAS tem acerca do controle da PA, a prevalência de adesão foi de 95,1% para aqueles que referiram bom controle da PA e de 66,7% para aqueles que referiram controle ruim da PA. Houve diferença estatisticamente significante (p = 0,041), e essa diferença mostra que os indivíduos que se julgam em bom controle da PA preocupam-se mais com o controle da doença e apresentam maiores taxas de adesão.

Considerando os fatores discutidos no presente estudo, esforços devem ser despendidos para promover a adesão do portador de HAS à terapêutica medicamentosa prescrita e, consequentemente, o controle da doença e suas complicações. A educação em saúde é um processo que visa a estimular mudanças no estilo de vida. Porém, esta não é uma tarefa fácil, tendo em vista os vários fatores que influenciam o comportamento e determinam as mudanças necessárias para o controle da doença.

O enfermeiro é um profissional capacitado, dentro da equipe de saúde, que pode desenvolver atividades que permitam conhecer as necessidades reais dos portadores de HAS no enfrentamento da doença e transformá-lo em participante do seu cuidado. A participação efetiva do portador de HAS nas atividades educativas deve visar a sua motivação para modificar seu estilo de vida. E também aumentar sua autoestima, proporcionar o automanejo da HAS, melhorar aceitação da doença no contexto familiar e social, a fim de atingir a tão almejada adesão ao tratamento medicamentoso para o controle da HAS (FARIA, 2008).

6 CONCLUSÕES

As conclusões serão apresentadas de acordo com a sequência de objetivos propostos.

6.1 Caracterização dos portadores de hipertensão arterial estudados, segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas

No presente estudo, entre os 48 portadores de HAS estudados, a idade variou de 19 a 90 anos, com mediana de 70,5 anos; com predomínio do sexo masculino (79,2%); a maioria era casado (70,8%); a ocupação mais frequente foi aposentado (64,6%); com predomínio de ensino médio completo (35,4%) seguido de ensino superior completo (25%); renda familiar variando de R$900,00 a R$30.000,00, com mediana de R$4.000,00. As comorbidades e complicações crônicas mais frequentes foram cardiopatia (52,1%), colesterol alto (45,8%), DM (35,4%), complicações no coração (27,1%) e nos rins (10,4%). No que se refere ao IMC e RCQ, o IMC variou de 20,2 a 54,1 kg/m^2, com mediana de 27,6 kg/m^2, e a RCQ para os homens variou de 0,91 a 1,18, com mediana de 1,02 e para as mulheres variou de 0,84 a 1,09, com mediana de 1,03.

6.2 A terapêutica medicamentosa utilizada pelos portadores de hipertensão arterial estudados

Entre os 48 portadores de HAS, constatou-se que 35,4% faziam uso de diurético, 27,1%, de betabloqueador, 25%, de bloqueador de canais de cálcio, 29,2%, de inibidor da enzima conversora de angiotensina (ECA), 35,4%, de bloqueador do receptor da angiotensina 1 (AT1), 6,3%, de associação de betabloqueador e diurético, 4,2%, de associação de bloqueador do receptor de AT1 e diurético e 8,3%, de associação de diurético e diurético.

Ao analisarmos o número de medicamentos utilizados no tratamento da HAS, observamos que 66,7% utilizam apenas um medicamento, 18,8% utilizam dois medicamentos, 12,5% utilizam três medicamentos e 2,1% utilizam quatro medicamentos para controle da PA.

6.3 A adesão do portador de hipertensão arterial estudado à terapêutica medicamentosa para o controle da PA

Em relação à adesão ao tratamento medicamentoso para o controle da PA, obteve-se que 91,7% dos sujeitos apresentaram adesão ao tratamento e 8,3% não. Quanto à atitude frente à tomada de remédios, 70,8% apresentaram atitude positiva e 29,2%, atitude negativa.

6.4 Facilidades e/ou dificuldades enfrentadas pelos portadores de hipertensão arterial na utilização dos medicamentos prescritos para o controle da PA

6.4.1 Fatores relacionados à acessibilidade aos medicamentos para o controle da PA

Em relação às facilidades e/ou dificuldades para a obtenção dos medicamentos, apenas 10,4% referiram ter apresentado alguma dificuldade para a aquisição, sendo que 100% referiram dificuldade financeira.O tempo despendido para chegar ao consultório do médico que realiza o tratamento da HAS variou de 5 a 90 minutos, com mediana de 20 minutos. Quanto ao local de obtenção dos medicamentos, 89,6% dos sujeitos obtêm seus medicamentos com recursos próprios e 10,4%, em farmácias da rede pública.

6.4.2 Fatores relacionados ao paciente para a adesão ao tratamento medicamentoso

Dos 48 sujeitos investigados, 47,9% referiram aceitável, 31,3% como indiferente e 8,3% como bom o fato de ter de tomar remédio todos os dias. Quanto ao número de medicamentos prescritos e número de vezes de medicamentos utilizados ao dia, 60,4% e 39,6% referiram bom e indiferente, respectivamente. Quanto ao apoio familiar e/ou amigos para o cumprimento do tratamento medicamentoso, 83,3% se sentem apoiados.

Ao investigar a adesão ao tratamento em relação às variáveis sociodemográficas como sexo, idade, anos de estudo, ocupação e estado civil, obteve-se uma prevalência de adesão menor entre os homens (89,5%), os idosos (89,5%), sem escolaridade/alfabetizado (50%), aposentado (87,1%) e divorciados ou desquitados (50%).

6.4.3 Fatores relacionados à interação profissional-paciente para a adesão ao tratamento medicamentoso

Em relação às informações recebidas, 68,8% dos indivíduos não receberam informações sobre a HAS, 62,5% não receberam informações específicas sobre o medicamento para o controle da PA e 68,8% receberam informações quanto às complicações advindas da não adesão ao tratamento medicamentoso. As informações recebidas foram fornecidas pelo profissional médico (100%).

Constatou-se maior prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso entre os indivíduos que referiram ter recebido informações acerca da doença e informações específicas em relação ao tratamento medicamentoso prescrito (92,3% e 93,7%, respectivamente).

Em relação à participação do indivíduo na escolha do tratamento medicamentoso, a prevalência de adesão foi menor (89,7%) entre os que não opinaram na escolha do medicamento.

Quanto à confiança e à segurança em relação às informações recebidas, 33,3% as receberam e sentiram-se seguros; 95,8% confiam no profissional médico que os acompanham; 83,3% sentem-se acolhidos/motivados para o cumprimento da terapêutica medicamentosa prescrita e 79,2% apresentaram-se satisfeitos em relação ao tempo dispensado e à frequência das consultas médicas.

6.4.4 Fatores relacionados ao esquema terapêutico para a adesão ao tratamento medicamentoso

Em relação ao tipo de tratamento realizado para controle da PA, 60,4% utilizavam somente medicação, 22,9%, dieta e medicação, 4,2%, exercício físico e medicação e 12,5%, dieta, exercício físico e medicação.

Quanto à mudança na rotina de vida diária, 87,5% dos indivíduos não referiram mudanças na rotina de vida diária e 10,4% as referiram, sendo que, destes, 80% responderam que as mudanças ocorridas facilitaram o uso do medicamento para a HAS. Assim, a prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso foi maior (95,2%) nos indivíduos que negaram mudanças; 85,4% dos indivíduos referiram efeitos colaterais relacionados ao medicamento para o controle da PA, sendo a prevalência de adesão nesses indivíduos de 100%. Já os indivíduos que não referiram efeitos colaterais apresentaram uma prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso de 90,2%. Ao analisarmos a adesão nos indivíduos que utilizam medicamentos contínuos para outras doenças, a taxa de adesão foi de 90%.

6.4.5 Fatores relacionados à doença para a adesão ao tratamento medicamentoso

O tempo de diagnóstico da HAS variou de 1 a 40 anos, com mediana de 10 anos; o maior valor de PAS encontrado foi 190 mmHg e o menor foi de 100 mmHg, com mediana de 133,5 mmHg; o maior valor de PAD encontrado foi de 100 mmHg e o menor foi de 57 mmHg, com mediana de 75 mmHg.

Quanto ao controle da PA, a prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso foi de 90,3% para os indivíduos com PA < 140X90 mmHg e de 100% nos indivíduos com PA ≥ 140X90 mmHg.

Em relação ao tempo de diagnóstico de HAS, a prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso nos indivíduos com 20 anos ou mais de diagnóstico foi de 75%.

No que se refere ao conhecimento que o paciente tem acerca do controle da PA, a prevalência de adesão ao tratamento foi de 66,7% para aqueles que referiram um controle ruim da PA e de 95,1% para aqueles que referiam um controle bom da PA.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS é uma doença crônica, com evolução silenciosa, de difícil diagnóstico precoce e início do tratamento, com dificuldade de adesão ao tratamento por seus portadores e com alta prevalência, constituindo-se assim um problema de elevada magnitude.

Adesão ao tratamento para o controle da PA pode ser caracterizada pelo grau de coincidência entre a prescrição médica e o comportamento do portador de HAS e é fundamental para o sucesso do tratamento estabelecido.

A adesão ao tratamento pode ser influenciada por vários fatores como o simples seguimento da prescrição médica até os referentes aos serviços de saúde, como o acesso ao medicamento, fatores relacionados ao portador de HAS, relação profissional-portador de HAS, esquema terapêutico instituído, apoio social/familiar e a própria doença.

Responsabilizar apenas o portador de HAS pelo seguimento do tratamento é um engano e reflete a subestimação dos outros fatores que afetam igualmente o comportamento e a capacidade de a pessoa seguir ou não o tratamento instituído.

Cabe aos profissionais de saúde o desafio de diminuir essas barreiras, favorecendo a adesão ao tratamento, mostrando os seus benefícios e adotando uma visão holística do portador de HAS.

Algumas ações podem favorecer a adesão ao tratamento como a garantia de acesso ao medicamento, melhorar a comunicação entre portador de HAS e profissionais de saúde, simplificar o esquema terapêutico, favorecer e incentivar a participação do portador de HAS na escolha do tratamento a ser seguido e implementar intervenções educativas e estratégias motivacionais, voltadas para os portadores de HAS e seus familiares, por meio de abordagem multidisciplinar, proporcionando discussões para o melhor enfrentamento das barreiras no tratamento.

Os fatores que interferem na adesão ao tratamento para controle da PA, analisados no presente estudo, apresentaram resultados diferentes quanto à prevalência de adesão. Na aplicação dos testes estatísticos, a maioria dos fatores analisados não apresentou diferenças estatisticamente significantes na prevalência de adesão. Tal fato pode ser explicado pela utilização de uma amostra reduzida e por conveniência.

A prevalência de adesão obtida no presente estudo foi de 91,7%, estando acima dos 80% recomendados na literatura.

Reconhecendo a complexidade do processo de adesão, a importância do comprometimento do portador de HAS para o sucesso do tratamento e a limitação da avaliação de adesão por meio de instrumentos, faz-se necessário, para futuras investigações, considerar o contexto histórico, social e cultural dos indivíduos e sua experiência no processo de adoecimento para compreender os fatores dificultadores/facilitadores implícitos na adesão ao tratamento.

A atuação multidisciplinar, realizando trabalho em equipe, com o objetivo de assistir o portador de HAS de forma holística, é o grande passo para conquistas futuras no que se refere à adesão ao tratamento.

REFERÊNCIAS[†]

[†] De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

ANDRADE, J. P.; VILAS-BOAS, F.; CHAGAS, H.; ANDRADE, M. Epidemiological aspects of adherence to the treatment of hypertension. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 79, n. 4, p. 375-384, 2002.

ARAÚJO, G. B. S.; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 2, p. 259-272, 2006. Disponível em: <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/viewFile/5135/4529>. Acesso em: 24 mar. 2009.

BARBOSA, R. G. B. **Estudo da adesão ao tratamento e do controle da pressão arterial em idosos hipertensos.** 2007. 111 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2007.

BARBOSA, R. G. B.; LIMA, N. K. C. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e no Mundo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 35-38, 2006.

BARCELLOS, M. T.; FUCHS, S. C. Indicadores antropométricos preditores da incidência de hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v. 9, p. 56-59, 2006.

BÉRIA, J. U. **Prescrição de medicamentos. Medicina ambulatorial:** condutas clínicas em atenção primária. Porto Alegre: Artmed, 1996.

BIRTWHISTLE, R. V.; GODWIN, M. S.; DELVA, M. D.; CASSON, R. I.; LAM, M.; MACDONALD, S. E.; SEGUIN, R.; RÜHLAND, L. Randomised equivalence trial comparing three month and six month follow up of patients with hypertension by family practitioners. **BMJ**, London, v. 328, p. 204, 2004.

BOSWORTH, H. B.; OLSEN, M. K.; NEARY, A.; ORR, M.; GRUBBER, J.; SVETKEY, L.; ADAMS, M.; ODDONE, E. Z. Take Control of Your Blood pressure (TCYB) study: a multifactorial tailored behavioral and educational intervention for achieving blood pressure control. **Patient Education and Counseling**, Limerick, v. 70, n. 3, p. 338-347, Mar. 2008.

BRAMLAG, P.; HASFORD, J. Blood pressure reduction, persistence and costs in the evaluation of antihypertensive drug treatment – a review. **Cardiovascular Diabetology**, v. 18, n. 8, p. 1-13, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. **Controle da hipertensão arterial**: uma proposta de integração ensino-serviço. Brasília, DF, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica:** Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, 15, Série A).

CAR, M. R.; PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D.; GIORGI, D. M. A. Crenças de saúde do paciente com hipertensão arterial. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 4-7, 1988.

CARRARA, K. M. **Fatores que interferem na estratégia de educação à saúde para o usuário portador de hipertensão arterial e diabetes**. 2006. 61 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Saúde Pública do Paraná, Mandaguacú, 2006.

CESARINO, C. B. **Eficácia da educação conscientizadora no controle da hipertensão arterial sistêmica**. 2000. 147 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2000.

COELHO, E. B.; MOYSÉS NETO, M.; PALHARES, R.; CARDOSO, M. C. M.; GELEILETE, T. J. M.; NOBRE, F. Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 85, n. 3, p. 157-161, set. 2005.

COLOMBO, R. C. R. **Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio**. 1995. 164 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

COLOMBO, R. C. R.; AGUIAR, O. M. Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 69-82, 1997.

CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO, 3. Campos do Jordão: SBH, 1998.

DAILEY, G.; KIM, M. S.; LIAN, J. F. Patient compliance and persistence with antihyperglycemic drug regimens: evaluation of a Medicaid patient population with type 2 diabetes mellitus. **Clinical Therapeutics**, Princeton, v. 23, n. 8, p. 1311-1320, Aug. 2001.

DAMASCENO, L. A. N. **Diretrizes para a atuação do fisioterapeuta na prevenção do pé diabético.** 2005. 127 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

DELGADO, A. B.; LIMA, L. Contributo para validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 2, n. 2, p. 81-100, 2001.

DE SOUZA, W. A.; YUGAR-TOLEDO, J. C.; BERGSTEN-MENDES, G.; SABHA, M.; MORENO, H., JR. Effect of pharmaceutical care on blood pressure control and health-related quality of life in patients with resistant hypertension. **American Journal of Health-System Pharmacists**, Bethesda, v. 64, n. 18, p. 1955-1961, Sep. 2007.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 4., 2002, Campos do Jordão. **Anais...** São Paulo: BG Cultural, 2002. 40 p.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 5. São Paulo: Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2006

DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 6. **Revista Hipertensão**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 1-66, 2010.

DOMINO, F. J. Improving adherence to treatment for hypertension. **American Family Physician,** Kansas City, v. 71, n. 11, p. 2089-2090, 2005.

DOSSE, C.; CESARINO, C. B.; MARTIN, J. F. V.; CASTEDO, M. C. A. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 201-206, 2009.

FARIA, H. T. G. **Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa.** 2008. 127 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2008.

FERREIRA, S.R.G. et al. Freqüência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, supl. 2, p.98-106, 2009.

FONGWA, M. N.; EVANGELISTA, L. S.; HAYS, R. D.; MARTINS, D. S.; ELASHOFF, D.; COWAN, M. J.; MORISKY, D. E. Adherence treatment factors in hypertensive African American women. **Vascular Health and Risk Management,** Auckland, v. 4, n. 1, p. 157-166, Mar. 2008.

GARCIA, R. A. C. **Os fatores de aderência ao tratamento farmacológico da hiperlipidemia em pacientes atendidos pela Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto**. 2003. 104 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

GICK, F. S.; FARIAS, M. R. Desenvolvimento de um serviço de atenção farmacêutica a hipertensos. **Revista Eletrônica de Extensão**, Florianópolis, n. 2, 2005. Disponível em: <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/viewFile/5135/4529>. Acesso em: 10 fev. 2010.

GIORGI, D. M. A. **Estudo sobre algumas variáveis que influenciam a aderência ao tratamento em hipertensão arterial**. 1989. 71 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989.

GIORGI, D. M. A. Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 47-50, abr./jun. 2006.

GOHAR, F.; GREENFIELD, S. M.; BEEVERS, D. G.; LIP, G. Y. H.; JOLLY, K. Self-care and adherence to medication: a survey in the hypertension outpatient clinic. **MC Complementary and Alternative Medicine**, v. 8, p. 4, 2008.

GUIMARÃES, F. P. M.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 15, n. 1, p. 37-44, 2002

GUERRA, M. M. F. **Causas da não adesão ao tratamento para hipertensão arterial**. 2003.46 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de pós graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2003.

GUS, M.; FUCHS, F. D. Obesidade e hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 64, p. 565-570, 1995.

GUS, I.; HARZHEIM, E.; ZASLAVSKY, C.; MEDINA, C.; GUS, M. Prevalência, reconhecimento e conttrole da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 83, n. 5, p. 424-428, 2004.

HEISLER, M.; LANGA, K. M.; EBY, E. L.; FENDRICK, M.; KABETO, M. U.; PIETTE, J. D. The health effects of restrictring prescription medication use because of cost. **Medical Care**, Philadelphia, v. 42, n. 7, p. 626-634, Jul. 2004.

HELENA, E. T. S. **Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes com hipertensão arterial em unidades de saúde da família em Blumenau, SC**. 2007. 101 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

HIGGINS, N.; REGAN, C. A systematic review of the effectiveness of interventions to help older people adhere to medication regimes. **Age and Ageing**, London, v. 33, n. 3, p. 224-229, 2004.

HO, P. M.; SPERTUS, J. A.; MASOUDI, F. A.; REID, K. J.; PETERSON, E. D.; MAGID, D. J.; KRUMHOLZ, H. M.; RUMSFELD, J. S. Impact of medication therapy discontinuotion on mortality after myocardial infarction. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 166, p. 1842-1847, 2006.

HORNE, R.; WEINMAN, J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical ilness. **Journal of Psychosomatic Research**, Oxford, v. 47, n. 6, p. 555-567, Dec. 1999.

JARDIM, P. C. B. V.; GONDIM, M. R. P.; MONEGO, E. T.; MOREIRA, H. G.; VITORINO, P. V. O.; SOUZA, W. K. S. B.; SCALA, L. C. N. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 88, n. 4, p. 452-457, 2007.

JARDIM, P. C. B. V.; JARDIM, T. S. V. Modelos de estudos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 26-29, 2006.

KRESSIN, N. R.; WANG, F.; LONG, J.; BOKHOUR, B. G.; ORNER, M. B.; ROTHENDLER, J.; CLARK, C.; REDDY, S.; KOZAK, W.; KROUPA, L. P.; BERLOWITZ, D. R. Hypertensive patients`race, health beliefs, process of care and medication adherence. **Society of General Internal Medicine**, v. 22, p. 768-774, 2007

KROUSEL-WOOD, M. A.; ISLAM, T.; MUNTNER, P.; STANLEY, E.; PHILLIPS, A.; WEBBER, L. S.; FROHLICH, E. D.; RE, R. N. Medication adherence in older clinic patients with hypertension after Hurricane Katrina: implications for clinical practice and disaster management. **American Journal of the Medical Sciences**, Hagerstown, v. 336, n. 2, p. 99-104, Aug. 2008.

LACHAINE, J.; PETRELLA, R. J.; MERIKLE, E.; ALI, F. Choices, persistence and adherence to antihypertensive agents: evidence from RAMQ data. **Canadian Journal of Cardiology**, Oakville, v. 24, n. 4, p. 269-273, Apr. 2008.

LATADO, A. L.; PASSOS, L. C. S.; BRAGA, J. C. V.; SANTOS, A.; GUEDES, R.; MOURA, S. S.; ALMEIDA, D. Preditores de letalidade hospitalar em pacientes com insuficiência cardíaca avançada. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 87, n. 2, p. 185-192, 2006.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, p. 775-782, 2003.

LESSA, I. Doenças não-transmissíveis. In: ROUQUAYROL, M. Z. (Org.). **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994. p. 269-279.

MANCINI, M. Método da avaliação da obesidade e alguns dados epidemiológicos. **Revista ABESO**, São Paulo, n. 11, 2005. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/pagina/194/metodos-de-avaliacao-de-obesidade-e-alguns-dados-epidemiologicos.shtml>. Acesso em: 12 fev. 2010.

MILSTEIN-MOSCATI, I.; PERSANO, S.; CASTRO, L. L. C. Aspectos metodológicos e comportamentais da adesão à terapêutica, In: CASTRO, L. L. C. (Org.). **Fundamentos de fármaco epidemiologia**. São Paulo: AG Editora, 2000. p. 171-179.

MION JUNIOR, D.; PIERIN, A. M. G. Causas de baixa adesão ao tratamento e o perfil de pacientes hipertensos. In: CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO 5., 1996, São Paulo. **Anais...** São Paulo: SBH, 1996. p. 120.

MIZUNO, R.; FUJIMOTO, S.; UESUGI, A.; DANNO, D.; MAEDA, K.; KANNO, M.; MATSUMURA, M.; FUJIMOTO, T.; NAKAMURA, S. Influence of living style and situation on the compliance of taking antihypertensive agents in patients with essential hypertension. **Internal Medicine**, Tokyo, v. 47, p. 1655-1661, 2008.

MONTEIRO, P. C.; SANTOS, F. S.; FORNAZARI, P. A.; CESARINO, C. B. Características biossociais, hábitos de vida e controle da pressão arterial dos pacientes de um programa de hipertensão. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 12, n. 2, p. 73-79, 2005.

MOREIRA, T. M. M.; ARAÚJO, T. L. Verificação da eficácia de uma proposta de cuidado para aumento da adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 268-277, 2004.

MORIGUTTI, J. C.; PAIVA, C. E.; MARCHINI, J. S.; FURTADO JÚNIOR, D. A.; MATOS, F. D.; FERRIOLLI, E. Systolic hypertension in elderly program e outros estudos clínicos em idosos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v. 2, p. 206-211, 2001.

MORISKY, D. E.; GREEN, L. W.; LEVINE, D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Medical Care**, Philadelphia, v. 24, n. 1, p. 67-74, Jan. 1986.

NOBRE, F.; PIERIN, A. M. G.; MION JUNIOR, D. **Adesão ao tratamento:** o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos Editorial, 2001.

OGEDEGBE, G.; SCHOENTHALER, A.; FERNANDEZ, S. Appointment-keeping behavior is not related to medication adherence in hypertensive African Americans. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 22, n. 8, p. 1176-1179, Aug. 2007.

OIGMAN, W. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão,** Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 30-34, 2006.

PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão arterial pelo programa de saúde da família do município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 377-385, fev. 2006.

PIERIN, A. M. G.; MION JUNIOR, D.; FUKUSHUMA, J. T.; PINTO, A. R.; KAMINAGA, M. M. O perfil de um grupo de pessoas de acordo com o conhecimento e gravidade da doença. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 11-18, 2001.

PIETTE, J. D.; HEISLER, M.; WAGNER, T. H. Problems paying out-of-pocket medication costs among older adults with diabetes. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 27, p. 384-391, 2004.

QURESHI, N. N.; HATCHER, J.; CHATURVEDI, N.; JAFAR, T. H. Effect of general practitioner education on adherence to antihypertensive drugs: cluster randomised controlled trial. **BMJ**, London, v. 335, n. 7628, p. 1030, Nov. 2007.

RAMALHINHO, I. M. P. S. **Adesão à terapêutica medicamentosa anti-hipertensiva:** contributo para o seu estudo. 1994. 82 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 1994.

REINERS, A. A. O.; NOGUEIRA, M. S.; Raising hypertensive patients`consciousness about treatment compliance**, Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p. 59-65, 2009.

REIS, M. G.; GLASHAN, R. Q. Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 3, p. 51-57, 2001.

RIBEIRO, A. B.; ZANELLA, M. T. Tratamento da hipertensão arterial no paciente obeso. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v. 2, p. 172-178, 2000.

ROZENFELD, S. Prevalência, fatores associados ao mau uso de medicamento entre idosos: uma revisão. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 717-724, 2003.

RUBIN, R. R. Adherence to pharmacologic therapy in patients with type 2 diabetes mellitus. **The American Journal of Medicine**, New York, v. 118, n. 5A, p. S27-S34, May 2005.

RUDD, P.; BYYNY, R. L.; ZACHARY, V.; LOVERDE, M.; MITCHELL, W. Pill count measures of compliance in a drug trial: variability and suitability. **American Journal of Hypertension**, New York, v. 1, p. 309-12, 1988.

RYAN, A. A. Medication compliance and older people: a review of the literature. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 36, n. 2, p. 153-162, Apr. 1999.

SABRY, M. O. D.; SAMPAIO, H. A. C.; SILVA, M. G. C. Hipertensão e obesidade em grupo populacional do Nordeste do Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 2, p. 139-147, 2002.

SANTOS, A S. Papel da educação em saúde no diabetes, na hipertensão arterial e na terceira idade. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 22, n. 22, p. 11-17, 1998.

SANTOS, Z. M. S. A.; FROTA, M. A.; CRUZ, D. M.; HOLANDA, S. D. O. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto Contexto de Enfermagem,** Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 332-340, 2005.

SARAIVA, K. R. O.; SANTOS, Z. M. S. A.; LANDIM, F. L. P.; LIMA, H. P.; SENA, V. L. O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento**. Texto Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 63-70, 2007.

SARNO, F.; MONTEIRO, C. A. Importância relativa do Índice de Massa Corporal e da circunferência abdominal na predição da hipertensão arterial. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 5, 2007.

SHAH, N. D.; STEINER, M. E.; VERMEULEN, L. C.; FLEMING, L. A.; CORY, P. R. The role of medication adherence as a determinant of blood pressure control in a managed care population.
Disease Management & Health Outcomes, Auckland, v. 15, n. 4, p. 249-256, 2007.

SHEA, S.; MISRA, D.; EHRLICH, M. H.; FIELD, L.; FRANCIS, C. K. Correlates of nonadherence to hypertension treatment in a inner-city minority population**. American Journal of Public Health**, Washington, DC, v. 82, n. 12, p. 1607-1612, Dec. 1992.

SIMÃO, M. **Fatores de risco para as doenças cardiovasculares em trabalhadores de uma destilaria do interior paulista**. 2001. 93 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

SILVA, S. S. B. E. **Efeitos de intervenções educativas no controle de hipertensos acompanhados em Unidade Básica de Saúde na região oeste do município de São Paulo**. 2008. 181 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

SOUSA, A. L. L. **Prevalência da hipertensão arterial referida, percepção de sua origem e formas de controle em área metropolitana de São Paulo-SP (1989-1990).** 1999. 176 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

SOUZA, W. K. S. B.; AMARAL, G. F. Álcool, hipertensão arterial e doença cardiovascular. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 112-114, abr./jun. 2004.

STRELEC, M. A. A. M. A.; PIERIN, A. M. G.; MION JUNIOR, D. A influência do conhecimento sobre a doença e atitude frente a tomada de remédios no controle da hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 81, n. 4, p. 343-348, 2003.

TEIXEIRA, C. R. S.; ZANETTI, M. L.; SANTOS, M. A.; GIMENES, H. T.; ALMEIDA, K. H. S.; SIMAN, A. F. Caracterização dos pacientes diabéticos atendidos em um Centro Educativo em Diabetes (CED). **Diabetes Clínica**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 338-344, jul./ago. 2007.

TRINDADE, I. S.; HEINECK, G.; MACHADO, J. R.; AYZEMBERG, H.; FORMIGHIERI, M.; CRESTANI, M.; GUSSO, J. Prevalência da hipertensão na população urbana de Passo Fundo (RS). **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 71, n. 2, p. 127-130, 1998.

WILKINGS, S. V. B.; BELANGER, A.; KANNEL, W. B.; D'AGOSTINO, R. B.; ATEEL, K. Determinants of isolated systolic hypertension. **JAMA**, Chicago, v. 260, p. 3451-3455, 1988.

WONG, C. C.; MOUANOUTOUA, V.; CHEN, M. J.; GRAY, K.; TSENG, W. Adherence with hypertension care among Hmong Americans. **Journal of Community Health Nursing**, Hillsdale, v. 22, n. 3, p. 143-156, Fall 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Adherence do long-term therapies:** evidence for action. Geneva, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Report. Geneva, 2000. (WHO technical report series, 894).

YIANNAKOPOULOU, E. C. H.; PAPADOPULOS, J. S.; COKKINOS, D. V.; MOUNTOKALAKIS, T. D. Adherence to antihypertensive treatment: a critical factor for blood pressure control. **European Journal of Cardiovascular Preventions and Rehabilitation**, London, v. 12, n. 3, p. 243-249, 2005.

ZELLER, A.; SCHROEDER, K.; PETERS, T. J. Electronic pillboxes (MEMS) to assess the relationship between medication adherence and blood pressure control in primary care. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, Oslo, v. 25, p. 202 - 207, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Fatores Relacionados à Adesão do Paciente Hipertenso à Terapêutica Medicamentosa

Estou desenvolvendo um estudo para compreender as facilidades e/ou dificuldades que o paciente com "pressão alta" tem para seguir o tratamento, ou seja, tomar os remédios, para controlar sua pressão arterial. A sua participação consiste em responder a um questionário e serão solicitadas por mim e terá duração média de aproximadamente 30 minutos ;neste momento também será realizada a medida da sua pressão arterial. Este estudo ajudará os profissionais de saúde a entender melhor as dificuldades que o paciente com "pressão alta" enfrenta ao tomar a medicação e a buscar novas maneiras de ajudá-lo a melhorar o controle de sua pressão arterial.O Sr(a) tem total liberdade para recusar sua participação no estudo, sem que esta decisão interfira no seu cuidado de saúde nesta instituição e, também a liberdade de retirar o seu consentimento, se considerar necessário, bem como o de solicitar outros esclarecimentos sobre o estudo a qualquer momento durante a entrevista ou mesmo através do telefone (19) 3734 3090.Sua participação não envolverá despesas e nem gratificação e a sua identidade será mantida no anonimato.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu _____ RG: _____ estou esclarecido (a) que respondendo às questões que me foram feitas, estarei contribuindo para que os profissionais de saúde possam ajudar as pessoas com "pressão alta" a melhorar o controle de sua doença.

Eu recebi todas as orientações sobre o estudo e que posso esclarecer minhas dúvidas a qualquer momento.

Estou ciente de que a minha participação não envolve nenhum tipo de despesa e que não receberei nenhum pagamento ou gratificação pela minha participação.

Estou ciente que posso retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isso me traga prejuízo de alguma forma.

Estou informado (a) que será preservado o meu nome, pois não aparecerá na pesquisa, sendo identificado com um número e que será mantido segredo das informações dadas.

Estou esclarecido (a) que o aceite ou não para participar da pesquisa não irá interferir no meu atendimento hospitalar.

Assino, dou fé e recebo uma cópia deste documento assinada por mim e pelos pesquisadores responsáveis.

Campinas, _____/_____/_____

_____	_____	_____
Assinatura do Voluntário	Amanda Aparecida Teixeira Ferreira amandaferreira@usp.br Rua Dr Quirino 1755 ap 24, Centro CEP: 13015-082, Campinas/SP Coren/SP: 0140093	Maria Suely Nogueira msnog@eerp.usp.br Av Bandeirantes 3900, Monte Alegre CEP: 14014-902, Rib. Preto/SP Coren/SP: 22531

APÊNDICE B - Instrumento de Coleta de Dados 1

FATORES RELACIONADOS À ADESÃO DO PACIENTE À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

N do questionário: _____

Data da entrevista: ____/____/____

Parte I: Variáveis sociodemográficas

1)Idade: _____ (anos completos); Peso: _____Kg; Altura: _____m;
Cintura: _____cm; Quadril:_____cm

2) Sexo: 1.Feminino 2. Masculino

3) Estado civil: 1. Solteiro(a), sem companheiro(a)
2. Solteiro(a), com companheiro(a)
3. Casado(a), vivendo com o cônjuge
4. Casado(a), não vivendo com o cônjuge
5. Casado(a), vivendo com outro companheiro
6. Viúvo(a)
7. Desquitado (a) ou divorciado(a)

4)Escolaridade: 1. Sem escolaridade/ analfabeto
2. Sem escolaridade/ alfabetizado
3. Primário incompleto
4. Primário completo
5. Ensino fundamental incompleto
6. Ensino fundamental completo
7. Ensino médio incompleto
8. Ensino médio completo
9. Superior incompleto
10. Superior completo
11.Pós-graduado(a)

5) Anos completos de estudo: _____

6) Renda familiar: _____ reais
_____ salários mínimos

7) Número de pessoas que moram no domicílio: _____

8) Ocupação: 1. Desempregado
2. Do lar
3. Estudante
4. Aposentado
5. Trabalhador rural assalariado
6. Empregado doméstico
7. Pequeno produtor rural

8. Trabalhador por conta própria
9. Trabalhador assalariado
10. Trabalhador assalariado administrativo, técnico e científico
11. Profissional liberal autônomo
12. Trabalhador de alta administração
13. Empresário

9) Tempo que o Sr(a) gasta para chegar à instituição de saúde que faz o acompanhamento para a HAS: _____ (minutos).

Parte II – Variáveis clínicas

10) Há quanto tempo o Sr(a) é hipertenso? _____ (anos completos)

11) Qual é o tratamento que o Sr(a) faz para a HAS?
1. Somente anti-hipertensivo
2. Dieta e anti-hipertensivo
3. Exercício e anti-hipertensivo
4. Dieta, anti-hipertensivo e exercício

12) Valor da PA: ____ X ____ mmHg

13) O Sr(a) possui complicações decorrente da HAS?
1. Nos olhos ( ) sim ( ) não
2. Nos rins ( ) sim ( ) não
3. No cérebro ( ) sim ( ) não
4. No coração ( ) sim ( ) não

14) O Sr(a) possui algum outro problema de saúde (doença) além da HAS?
1. Diabetes ( ) sim ( ) não
2. Obesidade ( ) sim ( ) não
3. Colesterol alto ( ) sim ( ) não
4. Doença renal ( ) sim ( ) não
5. Cardiopatia ( ) sim ( ) não
6. Circulação ( ) sim ( ) não
7. Outros: _____ ( ) sim ( ) não

15) O Sr(a) toma remédio contínuo para alguma doença além da HAS?
1. sim 2. não 3. ns

Parte III – Variáveis relacionadas à terapêutica medicamentosa

16) Qual(is) é(são) o(s) remédio(s) que o Sr(a) faz uso para a HAS? E qual(is) é(são) a(s) dose(s), o(s) horário(s) e o número de vezes que toma este(s) medicamento(s)?
( ) _____ (comercial)
Dose: _____
Horário: 1. Manhã
2. Tarde
3. Noite
4. Manhã e tarde
5. Manhã e noite
6. Manhã + tarde + noite
7. Outros: _____
N de vezes ao dia: _____

N de comprimidos dia: _____
Tempo de uso: _____ (em anos)

( ) _____ (comercial)
Dose: _____
Horário: 1. Manhã
2. Tarde
3. Noite
4. Manhã e tarde
5. Manhã e noite
6. Manhã + tarde + noite
7. Outros: _____
N de vezes ao dia: _____
N de comprimidos dia: _____
Tempo de uso: _____ (em anos)

( ) _____ (comercial)
Dose: _____
Horário: 1. Manhã
2. Tarde
3. Noite
4. Manhã e tarde
5. Manhã e noite
6. Manhã + tarde + noite
7. Outros: _____
N de vezes ao dia: _____
N de comprimidos dia: _____
Tempo de uso: _____ (em anos)

( ) _____ (comercial)
Dose: _____
Horário: 1. Manhã
2. Tarde
3. Noite
4. Manhã e tarde
5. Manhã e noite
6. Manhã + tarde + noite
7. Outros: _____
N de vezes ao dia: _____
N de comprimidos dia: _____
Tempo de uso: _____ (em anos)

17) Como o Sr(a) considera o controle que o Sr(a) faz sobre a HAS?
1. Bom
2. Aceitável
3. Ruim

18) Na opinião do(a) Sr(a), a sua HAS está controlada?
1. sim 2. não 3. ns

19) Onde o Sr(a) obtém o(s) remédio(s) que faz uso?
1. Recursos próprios
2. Farmácia da rede pública
3. Hospital público
4.Outros: _____

20) O Sr(a) alguma vez já teve dificuldade para obter o(s) remédio(s) para a HAS?
1. sim 2. não 3. ns

21) O Sr(a) alguma vez já apresentou dificuldades financeiras para adquirir o(s) remédio(s) para a HAS?
1. sim 2. não 3. ns

22) Como é para o Sr(a) tomar remédio todos os dias?
1. Bom
2. Indiferente
3. Aceitável
4. Ruim
5. Péssimo

23) Como o Sr(a) se sente ao tomar dois ou mais remédios, ou até mesmo um remédio mais de uma vez ao dia?
1. Bem
2. Indiferente
3. Ruim
4. Péssimo

24) Quando o(s) remédio(s) para a HAS foi(foram) prescrito(s), houve necessidade de mudar alguma coisa em seu rotina de vida diária?
1. sim 2. não 3. ns
Se sim, por favor, responda à questão 25, se não, pule para a 29

25) Na opinião do(a) Sr(a), essa mudança em sua vida diária:
1. Facilitou a tomar o(s) remédio(s)
2. Dificultou a tomar o(s) remédio(s)
3. ns

26) O Sr(a) recebeu informações sobre a HAS?
1. sim 2. não 3. ns
Se sim, por favor, responda à questão 27 e 28, se não, pule para a 29

27) O Sr(a) ficou satisfeito com a explicação que recebeu sobre a sua doença?
1. sim 2. não 3. sn

28) Qual foi o profissional de saúde que forneceu informações ao Sr(a) sobre a doença?
1. Médico
2. Enfermeiro
3. Aux/Téc de enfermagem
4. Assistente social
5. Farmacêutico
6. Outros: _____

29) O Sr(a) recebeu alguma informação sobre o(s) remédio(s) prescrito para a HAS?
1. sim 2. não 3. ns
Se sim, por favor, responda às questões 30, 31 e 32, se não, pule para a 33

30) O Sr(a) ficou satisfeito com essas explicações recebidas sobre o(s) remédio(s)?
1. sim 2. não 3. ns

31) Qual foi o profissional de saúde que forneceu informações ao Sr(a) sobre o(s) remédio(s) para a HAS?

1. Médico
2. Enfermeiro
3. Aux/Téc de enfermagem
4. Assistente social
5. Farmacêutico
6. Outros: _____

32) O Sr(a) sentiu confiança/segurança nas informações fornecidas em relação ao(s) remédio(s) para a HAS?
1. sim 2. não 3. ns

33) O Sr(a) sente confiança no médico que o(a) acompanha?
1. sim 2. não 3. ns

34) O Sr(a) sente-se acolhido e/ou motivado pelo médico para o cumprimento da terapêutica medicamentosa prescrita?
1. sim 2. não 3. ns

35) O Sr(a) acha que o tempo e a frequência das consultas ao seu médico são suficientes?
1. sim 2. não 3. ns

36) O Sr(a) já recusou a tomar um remédio prescrito para a HAS diretamente para o seu médico?
1. sim 2. não 3. ns

37) O médico considerou a opinião do Sr(a) quando foi escolher o(s) medicamento(s) para a HAS?
1. sim 2. não 3. ns
Se sim, por favor, responda à questão 38, se não, pule para a 39

38) O Sr(a) acha que esta não participação facilitou o Sr(a) a tomar o(s) remédio(s) prescrito(s)?
1. sim 2. não 3. ns

39) O Sr(a) acha que esta não participação dificultou o Sr(a) a tomar o(s) remédio(s) prescrito(s)?
1. sim 2. não 3. ns

40) O Sr(a) recebeu informação sobre as complicações que podem aparecer quando não tomado(s) o(s) remédio(s) prescrito(s)?
1. sim 2. não 3. ns
Se sim, por favor, responda à questão 41, se não, pule para a 42

41) O Sr(a) acha que as informações recebidas sobre as complicações que podem aparecer decorrentes da HAS contribuíram para o Sr(a) tomar o(s) remédio(s)?
1. sim 2. não 3. ns

42) O Sr(a) sentiu-se motivado(a) pela família ou amigos a estar tomando o(s) remédio(s) prescrito(s)?
1. sim 2. não 3. ns

43) O Sr(a) alguma vez já sentiu efeito colateral, ou seja, desagradável que julgou ser referente ao remédio para a HAS?
1. sim 2. não 3. ns

APÊNDICE C - Procedimento de Medida da Pressão Arterial

1. Medir a circunferência do braço do paciente.
2. Selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço.
3. Colocar o manguito sem deixar folga cerca de 2 a 3 cm acima da fossa cubital.
4. Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial.
5. Estimar o nível de pressão sistólica (palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, desinflar rapidamente e aguardar 1 minuto antes da medida).
6. Palpar artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula do estetoscópio sem compressão excessiva.
7. Inflar rapidamente até ultrapassar de 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica.
8. Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 a 4 mmHg por segundo).
9. Determinar a pressão sistólica na ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é um som fraco seguido das batidas regulares, e após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação.
10. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff).
11. Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa.
12. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da pressão sistólica/diastólica/zero.
13. Esperar 1 a 2 minutos antes de novas medidas.
14. Informar os valores de pressão arterial obtidos para o paciente.
15. Anotar os valores e o membro.

ANEXOS

ANEXO A - Instrumento de Coleta de Dados 2

FATORES RELACIONADOS À ADESÃO DO PACIENTE HIPERTENSO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

Teste de Medida de Adesão ao Tratamento – MAT

1) Alguma vez o Sr(a) esqueceu de tomar os medicamentos para hipertensão?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

2) Alguma vez foi descuidado com as horas de tomada dos medicamentos para a hipertensão?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

3) Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a hipertensão por ter se sentido melhor?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

4) Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a hipertensão, por sua iniciativa, por ter se sentido pior?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

5) Alguma vez o Sr(a) tomou um ou mais comprimidos para a hipertensão, por iniciativa própria, por ter se sentido pior?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

6) Alguma vez interrompeu o tratamento para a hipertensão por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

7) Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a hipertensão por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

ANEXO B - Instrumento de Coleta de Dados 3

Instrumento para Avaliar Atitude Frente à Tomada dos Remédios (IAAFTR)

Nas questões de nº 1 a 7, as respostas SIM = 1 e NÃO = 0

Nas questões de nº 8 a 10, as respostas SIM = 0 e NÃO = 1

1. Você anota o horário para não esquecer de tomar os remédios?

( ) Sim ( ) Não

2. Você toma os remédios sempre no mesmo horário?

( ) Sim ( ) Não

3. Você associa o horário de tomar os remédios com as atividades do dia a dia?

( ) Sim ( ) Não

4. Quando tem de sair de casa, você toma os remédios?

( ) Sim ( ) Não

5. Você providencia nova caixa de remédio antes de acabar?

( ) Sim ( ) Não

6. Você leva os remédios consigo quando viaja?

( ) Sim ( ) Não

7. Você toma os remédios quando sabe que a pressão está controlada?

( ) Sim ( ) Não

8. Você deixa de tomar os remédios quando ingere bebida alcoólica?

( ) Sim ( ) Não

9. Deixou de tomar alguma dos remédios para a pressão nos últimos dias?

( ) Sim ( ) Não

10. Faltou alguma vez à consulta médica nestes últimos 6 meses?

( ) Sim ( ) Não

ANEXO C - Aprovação do Comitê de Ética

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para
o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem
Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 166/2009

Ribeirão Preto, 20 de julho de 2009

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 17 de julho de 2009.

Protocolo: nº 1052/2009

Projeto: FATORES RELACIONADOS À ADESÃO DO PACIENTE HIPERTENSO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA.

Pesquisadores: Maria Suely Nogueira
Amanda Ferreira

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª. Drª. Maria Suely Nogueira
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP